Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

SCHOOL OF MEDICINE
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, L. ARZT-Wien, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, S. BETTMANN-Heidelberg, H. BOAS-Kopenhagen, M. BOCKHART-Wiesbaden, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, E. BRUUSGAARD-Oslo, A. BUSCHKE-Berlin, F. CALLOMON-Dessau, J. CAPPELLI-Turin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, K. DOHI-Tokio, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FREUND-Triest, R. FRÜHWALD-Chemnitz, E. GALEWSKY-Dresden, C. GUTMANN-Wiesbaden, L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, J. HELLER-Charlottenburg, K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M., E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, W. W. IWANOW-Moskau, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Warschau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEVEN-Elberfeld, H. P. LIE-Bergen, E. MEIROWSKY-Cöln, G. J. MESTSCHERSKY-Moskau, L. MOBERG-Stockholm, P. MULZER-Hamburg, O. NAST-Danzig, E. NATHAN-Nürnberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, P. W. NIKOLSKI-Rostow a. D., G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Olmütz, M. OPPENHEIM-Wien, T. P. PAWLOW-St. Petersburg, M. PELAGATTI-Parma, A. PERUTZ-Wien, F. PINKUS-Berlin, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New York, C. POSNER-Berlin, G. DE PROBIZER-Rovereto, C. RASCH-Kopenhagen, E. RIECKE-Göttingen, H. RITTER-Hamburg, P. RUSCH-Wien, E. SAALFELD-Berlin, F. SAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. Pr., W. SCHÖNFELD-Greifswald, J. SCHUMACHER-Berlin, E. SEDERHOLM-Stockholm, O. SEIFERT-Würzburg, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRŦB-Brünn, P. UHLENHUTH-Freiburg i. B., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Budapest, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien, K. ZIELER-Würzburg

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG

J. H. RILLE — LEIPZIG

E. DELBANCO — HAMBURG

VIERUNDACHTZIGSTER BAND

1927

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26)

MIT 1 FARBIGEN UND 75 SCHWARZEN ABBILDUNGEN IM TEXT

LEIPZIG / VERLAG VON LEOPOLD VOSS / 1927

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis

Originalarbeiten

Seite

Schwellungsreaktionen an Tatuierungen und ihre Registrierung. Von S. Bettmann 1
Über lokales Myxödem der Haut, mit Beziehung zum Basedow. Von W. Richter 7, 51
Zur Frage der Beziehungen zwischen Zoster und Varizellen. Von A. Perutz . . 12
Psychotherapie und Hautkrankheiten. Von W. Th. Sack 16
Über die Lebensdauer der Spirochaeta pallida unter Einwirkung der Wismutbehandlung. Von S. Szentkirályi 22
Persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Von H. Merz 24
Über körnerartige Kalkablagerungen in der Haut. Von W. Schütze 45
Ein Fall von Lupus erythematodes disseminatus acutus bei schwerer Depression mit Ausgang in Heilung. Von G. D. Koehler 60
Lokale Harnröhrenbehandlung bei Komplikationen der Gonorrhoe. Von M. A. Saigrajeff und I. M. Porudominsky 63
Recklinghausensche Krankheit und Muttermäler. Von G. A. Fischer 89
Eine ungewöhnliche zosteriforme und pemphigoide Blaseneruption. Von O. Blatt 99
Über Versuche, die gesunkene Vitalität alternder Oberhaut zu heben. Von J. F. Kapp 104
Von Katheter und Bougie bis zur Wende des 19. Jahrhunderts. Von W. v. Brunn 107
Über feinere Knochen- und Gelenkveränderungen bei Psoriasis. Von W. Curth 133
Die Beziehungen der phanerogamischen Pflanzen zur Haut. Von Touton 136
Recklinghausensche Krankheit und kongenitale Syphilis. Von H. Behdjet 144
Urethritis abacterica infectiosa. Von H. Hecht 146
Impetigo herpetiformis beim Manne mit schweren Gelenk- und Nagelveränderungen. Von E. Wreszynski 161
Zur Ätiologie des Boeckschen Sarkoids. Von D. Krupnikoff 165
Über die Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und Schleimhäute. Von Eschweiler 171
Die Epilation der Haare von Pilzkranken nach der Methode von Buschke-Langer Von W. Bronstein 173
Zur Klinik und Serumtherapie des Erysipeloids. Von F. Callomon 189
Erfahrungen mit der Quecksilber-Inhalationsbehandlung der Syphilis nach Spuhl. Von J. Springmann 196, 233
Die beschwerdenfreie Lumbalpunktion. Von R. Braun 202
Über endemisches Auftreten von Pityriasis sicca. Von E. Hartmann 217
Herpes zoster bei Lepra. Von F. M. Peter 220
Histologische Untersuchung eines Falles von zirkumskripter Sklerodermie en plaques und en bande. Von M. Hodara 224
Experimentell hervorgerufene mykotische Arthritiden und Myositiden. Von G. A. Chiurco 228
Beiträge zur Epidemiologie und Kasuistik der Orientbeule. Von M. A. Agronik 261
Fibroma circumscriptum symmetricum multiplex. Von G. Doczy 273
Zur Chemie des Lepraerregers. Von A. Paldrock 290
Ein Fall von Pseudo-Creeping-Disease. Von F. Dahlmann 292
Juckende, durch Getreide hervorgerufene Dermatosen im Orient. Von M. Hodara und H. Behdjet 296
Zur Frage der Therapie der gonorrhoischen Arthritiden. Von P. Timofejeff . . 298
Über die Menge der Blutphenolasen in den verschiedenen Dermatosen. Von N. Melczer 317

Digitized by Google

Seite
Zur Pathogenes der Poikilodermia (Jacobi). Von R. v. Leszczyński 321
Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit beim männlichen Geschlecht. Von N. Türk 326
Über die Ursachen von Fehlergebnissen der Seroreaktionen nach Wassermann und Meinicke. Von W. Engelhardt 332
Die Granugenolbehandlung der gonorrhoischen Erosionen der Portio. Von H. Thalmann 337
Bemerkungen zu der Chemotherapie der Urethritis gonorrhoica nach der Jausionschen Methode. (Intravenöse Acridintherapie.) Von Diamantis 338
Analogien und Gegensätze in der Pathologie der Syphilis und Tuberkulose. Von F. v. Poor 361
Ein Fall von Wismutvergiftung mit tödlichem Ausgang bei antisyphilitischer Behandlung. Von J. Munck 367
Zur Sanokrysinbehandlung der Lepra. Von A. Paldrock und A. Rängel 372
Beiträge zur Pathogenese des Granuloma anulare. Von D. Olah 389
4 Jahre Erfahrungen mit intravenösen Injektionen von Antileprol (Bayer), kombiniert mit 20% Brechweinsteinlösung intravenös gegen Lepra. Eine Studie. Von W. Treuherz 394
Sechs bemerkenswerte Fälle aus der Haut- und Geschlechtskrankenabteilung des Marinelazarettes Kiel-Wiek. Von H. Ruge 404
Ein Fall „Erythème annulaire centrifuge Darier". Von A. W. Worobjew und G. W. Ujanski 429
Ein Fall von kombinierter Erkrankung an Impetigo contagiosa und Glomerulonephritis acuta bei einem Erwachsenen. Von S. P. Solomin 433
Die Eignung der von Grütz angegebenen Nährböden zur Bestimmung und Weiterzüchtung der Dermatophyten. Von C. L. Karrenberg 434
Salbenbereitung. Von C. H. Welcker 439
Über Kalkablagerungen in der Haut. Bemerkung zu der gleichnamigen Abhandlung von Dr. W. Schütze in Nr. 2 dieser Wochenschrift. Von W. Scholtz . . 440
Beitrag zur Frage der Abnahme der Geschlechtskrankheiten. Von H. Westphalen 441
Primäre Hauttuberkulose mit metastatischen periphlebitischen Herden. Von E. Radnai 457
Über Erythema annulare centrifugum acutum multiplex. Von Stümpke 458
Neu Tätowierungsphänomene. Von Brose 461
Gleichzeitiges Vorkommen von spitzen Kondylomen und Warzen im Gesicht nebst Keloidbildung. Von H. Mühlpfordt 463
Über die Verwertung des Retroplazentarblutes für die Serodiagnose der Syphilis. Von A. Haim 466
Experimentelle Beiträge zur Ätiologie des Lupus erythematodes. Von L. Füllenbaum und L. Fleck 485
Das mikrochemische Verhalten der Lepraerreger und der Tuberkelbazillen. Von A. Paldrock 487
Zur Insulintherapie der Ulcera cruris. Von E. Fischer 491
Erfahrungen mit Thalliumazetat bei Haarpilzerkrankungen. Von H. Kleinmann 493
Über psychische Beeinflussung der Haare. Von A. Kann 496
Über die Beziehungen der Erreger bei der (exper.) kombinierten Rekurrens-Nagana-Infektion. Von A. Joseph 501
Zu vorstehender Bemerkung des Dr. A. Joseph. Von H. Th. Schreus 501
Die Luetinreaktion bei der Syphilis. Von E. Lehner und E. Rajka 502
Ratanhiasalbe als Überhäutungsmittel. Von E. Goldhammer 529
Die Teerbehandlung mit „flüssiger Kohle". Von H. G. Rottmann 534
Lichen ruber planus im Anschluß an Thalliumbehandlung. Von A. Dombrowski 542
Bemerkung zu dem Aufsatz von Wreszynski über Impetigo herpetiformis beim Manne mit schweren Gelenk- und Nagelveränderungen. Von L. v. Zumbusch 543
Schlußwort zur Mitteilung eines Falles von Impetigo herpetiformis. Von E. Wreszynski 544
Illustration der Sittensyphilis (Syphilis insontium) im Gouvernement Smolensk. Von Grschebin 545
Kasuistischer Beitrag zum Granuloma teleangiectodes sive pediculatum. Von E. Hartmann 573

Digitized by Google

Seite

Über die Wirkung des Neosalvarsans auf die Bildung der Immunkörper. Von N. Melczer und O. Dahmen 581
Zur Klinik und Pathogenese der Erythrocyanosis crurum puellaris. Von A. Alexander 602
Über die Ätiologie und Behandlung des Ekzems. Von P. Hansen 611
Ausgebreitetes urtikarielles Exanthem nach gehäuften Yatren-105-Gaben. Von F. M. Peter 615
Die Behandlung der Orientbeule mit Diathermie. Von H. Behdjet 619
Erythrodermia chronica universalis. Von J. A. Matussis und A. M. Stark . . . 641
Zur Malariabehandlung der Frühsyphilis. Von E. Martini 645
Zur Malariabehandlung der Syphilis. Von O. Fischer 648
Zur Malariabehandlung der Frühsyphilis. Von E. Delbanco 656
Versagen der Röntgenepilation bei Psoriasis. Von W. Treuherz 656
Favus capitis unter dem Bilde einer Folliculitis sclerotisans. Von K. v. Berde . 669
Serodiagnostik der Gonorrhoe und Tuberkulose mittels der Aktivmethode (HR). Von H. Hecht 676
Schwere Nekrose nach $HgCl_2$-Injektion. Von L. Stein 681
Erfahrungen mit einem neuen Syphilisdiagnostikum aus Pallidareinkultur. Von P. Wichmann 697
Entwicklung und Ziele der lokalen Silberbehandlung in der Gonorrhoetherapie. Von C. Siebert und H. Cohn 699
Wider die „eine maximale Kur mit möglichst großen Einzeldosen und die maximale Frühbehandlung" als Ursache vermeidbarer Salvarsan-Todesfälle. Von Schindler 708
Über Gonaromat in der Gonorrhoetherapie. Von W. Freischmidt 710
Über einen Fall von atypischer Psoriasis. Von H. Gollner 725
Zur Thalliumbehandlung der Haarpilzerkrankungen der Kinder. Von A. Dostrowsky 729
Bemerkungen zu obiger Arbeit. Von A. Buschke und E. Langer 732
Bemerkung zu der Arbeit von W. Bronstein: Die Epilation der Haare von Pilzkranken nach der Methode von Buschke-Langer. Von A. Buschke und E. Langer 733
Über den Tuberkelbazillennachweis bei Tuberkuliden. Von O. Dittrich 734
Zwei Fälle von Atinomykose und ihre Behandlung mit Iontophorese. Von H. Behdjet und O. Scherefeddin 736
Über Idiosynkrasie der Haut. Von F. Šamberger 765, 797
Zur Pathogenese und Therapie der Akne vulgaris. Von L. S. Sirota 773
Die Heilung des Rhinophyma. Von A. Porosz 776
Über die Sterilisation und die sterile Aufbewahrung von Seidenbougies und Seidenkatheter. Von A. Rosenburg 777
Über einen selteneren Fall von Lupoid Boeck. Von J. Briel 793
Weitere Mitteilungen über erosive Blastomykosen. Von M. Meckel 817
Über akneförmige Blastomykosis cutis. Von J. Fabry 824
Ein Fall von Hydroa aestivale ähnelndem Lichtausschlag bei einem Patienten mit Hämatoporphyrinurie, hervorgerufen durch Luminal. Von H. Haxthausen . 827
Erbkunde der Haut. Von H. Poll 849

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft 25, 148, 180, 443, 506
Medizinische Gesellschaft zu Leipzig 302, 656
6. Mitteldeutsche Dermatologentagung 374
Wiener Dermatologische Gesellschaft 175, 275, 340, 829

Fachzeitschriften

Acta Dermatologica (Japan) 510, 684
Acta Dermato-Venerologica 239, 448
Actas Dermo-Sifiliográficas 304, 837
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 241, 307, 416, 659, 742
Annales des Maladies Vénériennes 277, 342, 514, 785

Digitized by Google

Seite

Archiv für Dermatologie und Syphilis 409, 623, 711
Archives of Dermatology and Syphilology 31, 244, 472, 630, 783, 838
Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia 67
Börgyógyászati Urologiai és Venerologiai Szemle (Ungarisch) 806
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 210, 213, 469, 588, 746
Česká Dermatologie 203, 592
Dansk Dermatologisk Selkab's Forhandlinger 1925/26 449
Dermatologische Zeitschrift 205, 446, 622, 740
Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia 206, 305
Japanese Journal of Dermatology and Urology 28, 657
Il Dermosifilografo 69, 308
Journal d'Urologie 30, 245, 343, 552, 631
Odessaer dermatologische und venereologische Gesellschaft 739
Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of Dermatology 595, 686, 741
Przeglad dermatologiczny (Polnisch) 632
Réunion Dermatologique de Nancy 744
Réunion Dermatologique de Strasbourg 210, 596
Revue Française de Dermatologie et de Vénéreologie 279, 499
Russkii Wjestnik Dermatologii 378, 552, 621, 805
The American Journal of Syphilis 208, 635
The British Journal of Dermatology and Syphilis 29, 280, 417, 598, 687, 742
The British Journal of Venereal Diseases 68, 638
The Urologic and Cutaneous Review 279, 344, 551, 594, 685, 785
Venerologia und Dermatologia (Russisch) 380, 443, 553, 683, 805
Zeitschrift für Urologie 550, 658, 783

Personalien: 44, 88, 132, 188, 216, 260, 316, 388, 428, 456, 484, 528, 572, 600, 640, 696, 764, 792, 816, 848, 864.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 1 (Bd. 84) 1. Januar 1927

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES NOT TO BE REMOVED

Schwellungsreaktionen an Tatuierungen und ihre Registrierung

Von

Prof. Dr. S. Bettmann in Heidelberg

Mit 2 Abbildungen im Text

Es ist eine wohlbekannte Tatsache, daß an älteren Tatuierungen Effloreszenzen verschiedenartiger Hautkrankheiten abgefangen werden können, und daß tatuierte Hautstellen mitunter Spätveränderungen erleiden. Als Beispiele seien angeführt: Lokalisation von Syphiliden, Psoriasis, Lichen ruber planus, Morbus Darier in Tatuierungen, wie das Auftreten von Keloiden, papillomatösen Wucherungen, histologischen Veränderungen, die der Tuberculosis verrucosa ähneln, Granulomen usw. Dabei können sich auffallende Unterschiede je nach dem Tatuierungsmaterial herausstellen; Zinnoberdepots verhalten sich mitunter anders als Tusche oder Eisenmennige.

Will man die verschiedenartigen angeführten Umwandlungen auf eine gemeinsame, allgemeinere Voraussetzung beziehen, so kann diese nur in einer eigenartigen, zunächst nicht genauer zu bestimmenden Empfindlichkeit des tatuierten Gewebes liegen, für die übrigens vielleicht auch das von Meirowsky hervorgehobene Verhalten gegenüber dem Finsenlicht spricht. Die Vermutungen, die sich auf die chemische Natur der eintatuierten Partikelchen beziehen (Zinnoberdermatitis!), auf ihre Größe, Form und Zusammenlagerung, reichen zur Erklärung nicht aus und können nicht durchweg befriedigen.

Gerade angesichts jener eigenartigen Ansprechbarkeit scheint mir ein Phänomen an „ruhenden" Tatuierungen von Bedeutung zu sein, das ich als ein regelmäßiges Vorkommnis bezeichnen möchte und das ich doch nirgends verwertet finde: Wenn man Tatuierungen, die ohne alle Reaktionserscheinungen in der Haut liegen und palpatorisch nicht im geringsten nachweisbar sind, mechanisch reizt, gelingt es zumeist, eine vorübergehende Anschwellung an den tatuierten Linien und Flächen hervorzurufen, die als Prominenz sichtbar und fühlbar wird.

Diese Feststellung ist zunächst an 45 tatuierten Individuen gewonnen. Um alle Fragen, die sich an diese Beobachtungstatsache knüpfen, auch nur einigermaßen abschließend zu beantworten, bedarf es einer großen Zahl weiterer Untersuchungen, für die das Material, das mir zu Gebote steht, nicht übertrieben günstig ist. Mir ist seit geraumer Zeit keine

Digitized by Google

einzige frische oder auch nur relativ frische Tatuierung unter meinem Beobachtungsmaterial aufgefallen (die jüngste, die ich bei den hier vorliegenden Untersuchungen verwerten konnte, bestand seit 3 Jahren), und wir haben den Eindruck, daß wenigstens bei unserer einheimischen seßhaften Bevölkerung mindestens seit dem Kriege Tatuierungen vollständig außer Mode gekommen sind. Die folgenden Einzelheiten bedürfen also noch mancher Ergänzungen und vielleicht auch in einem oder dem anderen Punkte der Korrektur; auf keinen Fall wollen wir unsere Beobachtungen jetzt schon zahlenmäßig auswerten. Es handelt sich also im folgenden nur um vorläufige Festlegungen.

Zur Provokation des Phänomens bedarf es im allgemeinen stärkerer Reize, am besten durch kräftiges Abreiben, das aber keineswegs bis zum Eintritt starker Rötung, geschweige denn bis zu kleinsten Blutungen oder bis zur Verletzung der Epidermis getrieben werden darf. Wir verwenden feuchte Gazetupfer, die mit physiologischer Kochsalzlösung oder mit Petroläther getränkt sind; letzterer bedeutet vielleicht eine Verstärkung des Reizes. Daß aber rein mechanische Reize genügen, beweist der Eintritt der Reaktion auch auf Beklopfen (etwa mit dem Perkussionshammer), auf Beklatschen, Quetschen usw. Bei solchem Vorgehen ist aber der Erfolg weniger sicher als beim Reiben.

Die Reaktion tritt niemals sofort auf, sondern kaum je früher als nach 5 Minuten, recht oft auch erst nach 10 Minuten oder später. Man registriere also niemals voreilig ein negatives Ergebnis. Die Haut ist dabei vollkommen blaß. Die lange Latenz macht es wohl erklärlich, daß man das Phänomen nicht häufiger als Gelegenheitsbefund, etwa bei der Vornahme intravenöser Salvarsaninjektionen, beobachtet hat. Die Reaktion fällt verschieden stark aus (wir unterscheiden für die Registrierung 4 Grade: +, ++, +++, ++++). Sie dauert mindestens eine Viertelstunde, oft wesentlich länger, wenn auch in abnehmender Stärke. Je satter, dichter und schärfer in den Konturen die Tatuierung ist, desto steiler wird auch die Erhebung und desto schärfer hebt sich damit die Tatuierung heraus. Es ist demnach wohl zu erwarten, daß gerade frischere Tatuierungen das Phänomen besonders schön erkennen lassen[1]). Wir hatten aber vorwiegend recht alte Tatuierungen, die mehr oder minder stark reagierten, auch wenn sie dünn und verschwommen waren. Bei dem ältesten positiven Fall konnten wir aus der eintatuierten Jahreszahl einen Bestand von 44 Jahren festlegen. Ganz negativ reagierte an der Beugeseite des Vorderarmes eigentlich nur ein 61jähr. Mann, der (wie wiederum die Jahreszahl beweist) vor 40 Jahren tatuiert war.

Verschiedene Hautstellen reagieren nicht mit gleicher Stärke, weitaus am leichtesten und stärksten ansprechbar scheinen Tatuierungen an der Beugeseite des Vorderarmes zu sein, und zwar gerade im Vergleich zu solchen an der Streckseite. Stärker behaarte Stellen reagieren schlecht. Die wenigen Tatuierungen an der Brust, die wir zu untersuchen Gelegenheit hatten, reagierten mäßig stark. Die einzige — übrigens sehr ausgedehnte und kunstvolle, von einem Japaner angefertigte — Tatuie-

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Diese Bestätigung hat sich inzwischen ergeben.

Digitized by Google

rung am Rücken, die uns zur Verfügung stand, reagierte schwach. Bei multiplen Tatuierungen an einem Individuum ist der verschiedene Ausfall der Reaktion an verschiedenen Hautstellen ohne weiteres deutlich zu machen. Immer aber gelang in diesen Fällen die Provokation am besten an der Beugeseite des Vorderarmes mit folgender Ausnahme:

F. W., 50 Jahre alt, in Behandlung wegen Lichen ruber planus. Tatuierungen aus dem Jahre 1894:

1. An der Beugeseite des linken Vorderarmes (Mann mit Hanteln). In der Tatuierung mäßige Aussaat des Lichen ruber planus. Diese Tatuierung reagiert nicht.
2. Auf der Brust (Adler mit ausgebreiteten Flügeln). Reaktion +/++.
3. An der Streckseite des rechten Oberarmes (gekreuzte Hanteln). Reaktion ++.

Wo es sich um Tatuierungen in rot und blau handelte, schien die Reaktion an den roten Stellen eher geringer, doch hatten wir nur wenige derartige Fälle. Alle unsere Beobachtungen betrafen Männer, mit einer Ausnahme:

62jähr. Patientin der Psychiatrischen Klinik, ehemalige Prostituierte. Tatuierung am rechten Vorderarme mit Jahreszahl 1897. Die recht flaue Tatuierung reagierte nicht.

Im allgemeinen wäre wohl bei Frauen eher eine stärkere Ansprechbarkeit und vielleicht auch ein periodisches (menstruelles, jahreszeitliches) Schwanken in der Stärke des Ausfalls zu erwarten. Bei einem Manne, der zunächst negativ reagierte, war das Ergebnis bei einer 2. Untersuchung ++. Andererseits haben wir den Eindruck einer gewissen Erschöpfbarkeit der Reaktion, wenn der Versuch innerhalb kürzerer Zeit zu oft wiederholt wird, also eines Verhaltens, wie wir es vom Dermographismus her kennen.

Kein einziger der von uns Untersuchten zeigte gesteigerten Dermographismus. Das Phänomen war allen von uns Beobachteten eine Überraschung. Keiner hatte vorher jemals ein Auftreten von Schwellungen an seiner Tatuierung bemerkt. Die Reaktion läuft ohne alle subjektiven Empfindungen ab. In einem Falle entwickelte sich interessanterweise nach mehrfacher Wiederholung der Probe an einzelnen Stellen der Tatuierung eine leichte Entzündung, die geringfügiges Nässen hervorrief und in einigen Tagen unter Schilferung abheilte. Einflüsse des Allgemeinzustandes, besonderer Krankheiten oder Intoxikationen konnten wir ebensowenig feststellen wie die Bedeutung besonderer konstitutioneller Hautbefunde. Von Hautkranken reagierte ein Psoriatiker auffallend schwach (+), ein zweiter besonders stark (++++), ein dritter recht stark (++/+++); bei diesem letzteren blieben Rottatuierungen im Vergleich zur übrigen blauen Tatuierung auffällig zurück. Das Verhalten bei einem Patienten mit Lichen ruber planus ist bereits oben mitgeteilt.

Auf alle Fälle ist es interessant, daß sich durch eine Art funktioneller Prüfung eine Reaktionsfähigkeit feststellen läßt, für die an „ruhenden" Tatuierungen sich nicht der geringste histologische Anhalt ergibt. Mir ist es nun hier nicht darum zu tun, an die Mitteilung des Tatsächlichen weitausgesponnene Überlegungen zu knüpfen und eine genauere Erklärung der Erscheinung zu versuchen; aber ich möchte noch auf eine Registrierungsmöglichkeit des Phänomens hinweisen, die zugleich allge-

Digitized by Google

meinere Verwendung verdient. Oppenheim [1]) hat 1916 darauf aufmerksam gemacht, daß sich das klassische daktylographische Verfahren der Polizei nicht nur an den Hand- und Fußflächen anwenden läßt, und daß diese „Dermatotypie“ zur Fixierung einer großen Zahl verschiedenartiger dermatologisch interessanter Befunde dienen kann. Über neue Verwertungsmöglichkeiten der Methode habe ich an anderer Stelle bereits berichtet [2]). Die Methode läßt sich nun auch zur Herstellung von „Dermatogrammen“ mechanisch gereizter Tatuierungen benutzen, und schon die bloße Tatsache, daß bei solchen ein mehr oder minder deutlicher Abklatsch möglich ist, beweist die Stärke der zu beobachtenden Schwellungen (s. Abb. 1). Für jeden, der dieses Phänomen noch nicht kennt, besitzen die Bilder etwas Verblüffendes und Rätselhaftes, weil man sich nicht vorstellen kann, wie von einer in der Tiefe der Haut liegenden Tatuierung ein Abdruck zustande kommen soll, und das Gespenstige des Eindrucks wird noch dadurch verstärkt, daß man die normalen Hautfelderungen unverändert über die Zeichnung hinwegziehen sieht, selbst ohne erkennbare Distension der Follikelmündungen — nebenbei ein Beweis für die geringe ödematöse Durchtränkung der Epidermis und ein Befund, der im Vergleich mit den Bildern bei Urtikaria und Dermographismus besonders lehrreich wird (vgl. hierzu Bettmann l. c.). Zur Technik brauche ich hier kaum etwas Besonderes zu sagen, da es im allgemeinen genügt, auf die Angaben Oppenheims und wenige, mehr nebensächliche Einzelheiten in meiner eben angeführten Arbeit hinzuweisen. Nur das eine möchte ich hervorheben, daß wir gerade bei Tatuierungen weit bessere und schärfere Bilder als im Papierdermatogramm in Abdrücken auf Glasplatten oder Filmen gewonnen haben, die sich ohne weiteres als Diapositive zur Projektion verwenden lassen und im vergrößerten Schattenbild nicht nur ausgezeichnetes Demonstrationsmaterial, sondern auch die bessere Möglichkeit des Studiums mancher Einzelheiten darbieten. Übrigens lassen sich von solchen Diapositiven wiederum sehr gut verwertbare photographische Abzüge gewinnen. Diese Bilder erscheinen besonders eindrucksvoll und eigenartig, weil auf ihnen die

Abb. 1. Dermatogramm einer 4 Jahre alten Tatuierung an der Beugeseite des Vorderarmes (direkter Abklatsch)

[1]) Oppenheim, Eine neue Methode der graphischen Darstellung von Hautveränderungen usw. (Dermatotypie). Arch. f. Derm., Bd. 123. — [2]) Bettmann, Vortrag im Heidelberger naturhistorisch-medizinischen Verein am 13. XI. 1926.

Digitized by Google

Tatuierungen ungefärbt herauskommen, während die Hautfelderungen dunkel und damit natürlicher erscheinen (s. Abb. 2).

Die Frage liegt nahe, ob von den hier geschilderten bildlichen Registrierungsmöglichkeiten der Tatuierungen nicht auch der polizeiliche Erkennungsdienst Gebrauch machen könnte, zumal gerade Tatuierungen in polizeilichen Personalbeschreibungen und Kennzeichenverzeichnissen begreiflicherweise zu berücksichtigen sind. Eine bildliche Ergänzung der Beschreibung und Messung auf so einfache und authentische Weise, wie sie im Dermatogramm zu gewinnen ist, dürfte also nur willkommen sein. Allerdings möchte ich nicht behaupten, daß die Tatuierungen besonders geeignete Objekte wären, um schöne Dermatogramme zu erzielen. Ist die Reaktionsfähigkeit der Tatuierungen auch die Regel, so tritt die Zeichnung doch nur bei einem Bruchteil der Fälle so stark und scharf umrissen hervor, daß der Abklatsch befriedigend ausfällt. Namentlich bei größeren und älteren Figuren ist damit zu rechnen, daß sie nicht genügend gleichmäßig in ihrer ganzen Ausdehnung herauskommen, und mitunter muß man sich gar mit einigen kümmerlichen Strichen begnügen. Immerhin zeigen wohl unsere Abbildungen, daß es nicht an Fällen mangelt, bei denen der Abdruck vollauf den Anforderungen entspricht; das gilt besonders für die häufigste Lokalisation der Tatuierungen an der Beugeseite der Vorderarme.

Abb. 2. 3 Jahre bestehende Tatuierung. Schlange, die sich um einen Dolch windet. Das Bild ist das Negativ eines durch Abklatsch auf eine Glasplatte gewonnenen Diapositivs. Die auf dem Bilde dunkel erscheinenden Teile des Dolchgriffs entsprechende Rottatuierungen, die bei der mechanischen Reizung nicht mit anschwollen

Übrigens ließen sich noch reichliche andere Befunde an der Haut in gewissen Fällen als Dermatogramme auch für polizeiliche Agnoszierungszwecke festhalten. Dabei ist auf alles Stigmamäßige, Beständige zu achten, während Hautkrankheiten, die sich verhältnismäßig rasch ändern, außer Betracht bleiben müssen.

Ich möchte folgende Befunde anführen:

1. Überzählige Brustwarzen. Die Bilder lassen die Größe der Warzen und ihrer Areae, sowie die Abstände der Mamillen gut erkennen.

2. Mancherlei Nävi.

Digitized by Google

3. Besondere Haarwirbel- und Haarstrichanordnungen, zumal auch in ungewöhnlicher Lagerung.

4. Narben, die unter Umständen ganz besonders charakteristisch und unveränderlich sein können.

5. Venenzeichnungen. Diese sollen der Vollständigkeit halber erwähnt werden, weil ein Vorschlag von Tamassia vorliegt[1]), die Venenmuster am Handrücken nach einer besonderen Klassifikation als Identifizierungsmethoden zu benutzen. Heindl hat zu dieser Methode kritisch Stellung genommen. Auch ich glaube in der Tat kaum, daß das Verfahren praktisch genügende Bedeutung erlangen könnte. Es ist vielleicht zum Studium von Vererbungsfragen heranzuziehen, zumal wenn man die Venen am Vorderarme mitbeachtet. Übrigens gelingt die genauere Beobachtung und gar erst der Abklatsch nur in einem Bruchteil der Fälle.

Bei vielen der angeführten Befunde erhält man allerdings schon wegen der Konfigurationsverhältnisse der Haut keine befriedigenden Bilder auf direkt gewonnenen Papierabzügen. Hier hätte man also das obenerwähnte Verfahren anzuwenden, wonach der Abklatsch als Diapositiv erfolgt, von dem dann allerdings beliebig viele photographische Reproduktionen erhalten werden können. Wenn dabei eine direkte Berührung zwischen dem nicht gefirnißten Dermatogrammauftrag und dem Kopierpapier vermieden werden muß, und also durch die Platte hindurch belichtet wird, so ergibt das bei dünnen Glasplatten, und erst recht bei Filmen keinerlei Störungen; dagegen muß man bei allen Dermatogrammen berücksichtigen, daß ihre Maße von den Dehnungs- und Spannungsbedingungen der Haut abhängen, unter denen der Abklatsch erfolgt. So kommt am Rumpf außer der Körperstellung und -haltung die Respirationsstellung, an den Extremitäten die Winkelstellung der Gelenke in Betracht. Aber diese Punkte lassen sich so berücksichtigen, daß bei ihrer Kenntnis auch die messende Verwertung der Bilder keinen Schwierigkeiten begegnet.

Es ist vielleicht nicht überflüssig, zum Schluß darauf zu verweisen, daß ein großer Teil der Tatuierungsbilder an verschiedenen Individuen auffallend gleichmäßig wiederkehrt, und daß dieser Umstand bei dem Versuch, Tatuierungen für sich ohne Beachtung der Maße zu Identifizierungen zu verwerten, Berücksichtigung verlangt.

[1]) Siehe Heindl, System und Praxis der Daktyloskopie, 2. Aufl., 1922, S. 476.

Digitized by Google

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. A. Bier)

Über lokales Myxödem der Haut, mit Beziehung zum Basedow

Von

Dr. Wilhelm Richter

Mit 5 Abbildungen im Text

Curling hatte als erster gelegentlich zweier Autopsien ein völliges Fehlen der Schilddrüse feststellen können. Bei Durchsicht der Krankengeschichte ergab sich, daß es sich in beiden Fällen um parallellaufende Krankheitsbilder handelte, die dem Kretinismus sehr nahe standen.

10 Jahre später hatte dann Fagge ebenfalls bei Patienten mit kretinismusähnlichen Erscheinungen klinisch Fehlen oder Schwund der Schilddrüse beschrieben und dieses Krankheitsbild als sporadischen Kretinismus bezeichnet.

William Gull stellte dann weiter anläßlich einer medizinischen Sitzung mehrere Fälle vor, die neben diesem psychischen Krankheitsbild, aus welchem Grunde er sie hier einreihte, eigenartige Hauterscheinungen, starke Schwellung des Gesichts, der Lider und teilweise Körnelung über die ganze Hautoberfläche verteilt zeigten, über die in der Literatur bisher nichts bekannt war. Hierauf folgten dann die wichtigen Sektionsbefunde Ords, die dieser bei Kranken mit den von Gull angeführten Symptomen erheben konnte. Er fand neben Atrophie der Schilddrüse schleimig degenerative Prozesse der Haut. Auf Grund dieser Befunde führte er die Bezeichnung Myxödem ein. Mosler und Werner haben weitere Fälle dieser Art beschrieben. Charkot führte an Hand seines Materials, das sich klinisch mit den Befunden Gulls deckte, den Namen Cachexie pachydermique ein. Lewtschenkoff hatte dann im Jahre 1902 unter dem Namen Myxomakutis ein Krankheitsbild beschrieben bei einer 35 jähr. Pat., bei der das Gesicht gedunsen erschien, an den Extremitäten und am Rumpf zeigten sich teils wallartige Erhebungen, teils grobkörnige Veränderungen von normaler bis gelblichweißer Verfärbung. Histologisch fand er schleimige Entartung, zwischen den Bindegewebsbündeln zahlreiche sternartige Zellen. Hierher gehört auch der von Pellizari als Myxomatodes nodosa bezeichnete Krankheitsfall, der klinisch neben ödematöser Schwellung des Gesichts über den Körper zahlreiche linsen- bis bohnengroße Knötchen, z. T. aneinandergereiht, z. T. isoliert zeigte. Dösseker beschrieb ein Krankheitsbild bei einem 51 jähr. Manne, dessen Gesicht übergreifend auf die oberen Extremitäten ödematös geschwollen war, jedoch auf Fingerdruck keine Dellenbildung zeigte, von gelblichweißer Farbe, der übrige Körper mit zahlreichen Körnelungen bedeckt, die besonders ausgesprochen in der Umgebung des Afters, des Skrotums und im Nacken ausgeprägt waren, Mundschleimhaut stark verdickt, so daß infolgedessen Schluckbeschwerden eingetreten

Digitized by Google

waren. Psychische Veränderungen fehlten. Wegen dieser, z. T. von den bisherigen Beschreibungen abweichenden Krankheitsformen bezeichnete er dieses Bild als atypisch. Zu gleicher Zeit demonstrierte GOLDENBERG bei einem 28jähr. Manne eine ähnliche Krankheitserscheinung. Unter allgemeinem Unbehagen traten Schwellungen des Gesichts, des Rumpfs und der Extremitäten mit kleinen und größeren bis haselnußgroßen Knoten auf. Röntgenologisch zeigt sich zum Unterschied von den bisherigen Befunden Auseinanderweichen der Schädelsuturen, Epiphysenverdickung der langen Extremitätenknochen. GOLDENBERG faßt das Krankheitsbild als Akromegalie mit polyglandulären Syndromen zusammen.

Einen weiteren Beitrag lieferte PAWLOFF bei einem 32jähr. Manne mit Ödem des Gesichts, der oberen Rumpfhälfte und der Extremitäten. Die Haut war stark gespannt, so daß bei Druck mit dem Finger keine Delle zurückblieb. Wie in den anderen Fällen fehlte auch hier die psychische Komponente. BOGROFF und KRUPPNIKOFF beschrieben eine eigenartige Hauterkrankung bei einer 45 Jahre alten Pat. Neben ödematös verändertem Gesicht am Nacken, übergreifend auf den Hals, kissenartige Verdickung der Haut, deren Oberfläche durch die tiefstehenden Follikel wie mit Nadeln zerstochen aussieht. Ähnliche Erscheinungen am oberen Brustteil, an den Armen und Händen, ebenso an den Unterschenkeln, über den Körper im übrigen verteilt einzelne kleine Hauttumoren (Fibrome, Angiome). Die Nägel ohne Befund. Im übrigen keine Organveränderung nachweisbar.

Auf die zur Prüfung des vegetativen Systems vorgenommene Reizung mit Pilokarpin und Adrenalin zeigte sich ein im Gegensatz zu normalen Befunden hemmendes Resultat.

Das histologische Bild eines probeexzidierten Stückes der pathologisch veränderten Haut zeigt neben kleinzelliger Infiltration in der Papillärschicht starke Auflockerung des Koriums mit eingesprengten Zellen von ovaler Konfiguration mit sich schwach färbendem Kern mit z. T. eingesprengten Lymphozytenanhäufungen und Zellen von verschiedenartigster Form, sternförmig, kommaartig.

BOGROFF hat weiterhin einen Fall demonstriert als Myxoedema atypicum oder Hypothyreoidismus atypicus bei einer 61jähr. Frau, bei der im Bereich einzelner Nerven neben kissenartig aufgeworfenen Wülsten auch isolierte kleine bis haselnußgroße Knoten sich zeigten. Histologisch handelt es sich um Anhäufung von Schleimzellen und Auflockerung in der Kutis. Zusammenfassend kann dieses Krankheitsbild wegen des Fehlens psychischer Defekte und des merkwürdigen, teils höckrigen Charakters der Hautveränderungen dem von DÖSSEKER als atypisches Myxödem bezeichneten Bilde angereiht werden. TRYB veröffentlichte eine Beobachtung, bei der bei einer Pat. während der Gravidität in der Glutäalgegend und an den Armen zahlreiche kleine bis haselnußgroße Knoten auftraten, die histologisch mit den vorhin angegebenen Beobachtungen über Myxödem in Einklang zu bringen waren.

HOFFMANN berichtet über ein zirkumskriptes planes Ödem an dem rechten Unterarm bei einer 32jähr. Pat. Es handelt sich um eine dreimarkstückgroße, gelblichweiße, leicht erhabene Effloreszenz, während die

Digitized by Google

übrige Haut, ausgenommen eines Lichen chron. simplex an der rechten Hand, im ganzen wenig verändert, etwas spröde und trocken war. Das Gesicht zeigte leichte ödematöse Schwellung. Histologisch fanden sich auch hier wieder schleimig degenerative Prozesse im Korium mit geringer kleinzelliger Infiltration. Neben leichten depressiven Zuständen waren keine psychischen Veränderungen nachweisbar.

Kurz erwähnen möchte ich noch einen Fall aus der französischen Literatur von Lortat-Jacob und de Gennes bei einem 15jähr. Kranken, bei dem sich auf der linken Wangenseite eine umschriebene, infiltrierte, einem phlegmonösen Prozeß ähnliche Affektion zeigte, die sich aber in einigen Tagen über das ganze Gesicht erstreckte, um sich dann schnell über weitere Gebiete vorzuschieben. Aus der Anamnese ging hervor, daß sich schon im Alter von 10 Jahren im Anschlusse an fieberhafte Erkrankung der Ursprung einer Hauterkrankung feststellen ließ, die sich allmählich zu dem typischen Bild eines Myxödems herausbildete mit gleichzeitig einsetzenden geringen psychischen Störungen. Die Schilddrüse war nicht fühlbar. Die Erscheinungen bildeten sich im Laufe der Zeit zurück, statt dessen zeigten sich ekzematöse Affektionen mit starkem Jucken, die jeder Therapie trotzten und erst geheilt wurden, als im Anschluß an neu aufgetretene, unter dem oben angeführten Bilde ablaufende myxödematöse Erscheinung spezifische Organtherapie eingeleitet wurde.

Hiermit ist aber die Zahl der Veröffentlichungen noch nicht erschöpft. Ich will mich im folgenden darauf beschränken, einige bisher noch nicht gestreifte Symptome und wissenschaftlich wichtige experimentelle Forschungen kurz zu erwähnen. So hat Leichtenstern an Hand interessanter, experimenteller Versuche bei starker Trockenheit der Haut bei Myxödemkranken eine Verminderung der Perspiratio insensibilis um 40 bis 60% feststellen können. Fast regelmäßig wird Haarausfall beobachtet, und zwar vor allem Kopfhaare, Schnurrbart, Schamhaare, seltener Achselhaare und Augenbrauen, bei denen der nasale Teil stets unbeteiligt ist, was wohl mit der eigenartigen Innervation dieses medialen, mit den Sinneshaaren der Tiere in Zusammenhang gebrachten Teils zu erklären ist, der, wie Saalfeld angegeben und experimentell bewiesen hat, von dem Fazialis versorgt wird. Neben den beschriebenen psychischen Störungen finden wir in den Beschreibungen auch häufig nervöse Symptome in Form von Neuralgien. Scheinbare motorische Störungen in Form von Unsicherheit im Gang, Schwerfälligkeit der Bewegungen, leichter Neigung zum Fallen, sind nicht auf Störung des motorischen Apparates, sondern auf die psychische Komponente zurückzuführen (Myasthenia pseudoparalytica). Sprachstörungen führt Buschan auf die ungenügende Innervation der durch den Krankheitsprozeß hervorgerufenen Veränderung der stimmbildenden Organe zurück. Näher liegt es aber, worauf Kocher hinwies, den ödematös infiltrierten Prozeß der Schleimhaut selbst ohne Beteiligung der Nerven als ursächliche Komponente anzusprechen. Um die gleiche Ursache handelt es sich auch bei Störungen der übrigen Sinnesorgane. Experimentelle Stoffwechselprüfungen von Garnier und Libbetist ergaben eine Verlangsamung, was auch von Leichtenstern, Vermehren, Treupel, Magnus-Levy bestätigt wurde.

Digitized by Google

Trotz der häufig gefundenen dysmenorrhoischen Erscheinungen und der Atrophie der Ovarien konnten Kirk, Hun und Prudden an Hand größeren statistischen Materials keine damit bedingte Sterilität feststellen. Aus den zahlreichen, teilweise weit differierenden Resultaten über Blutbildbestimmungen (Magnus-Levy, Buschan, Lebreton, Vaquez, Bencu, Engel, Huguenin, Kocher u. a.) läßt sich kein Schluß auf myxödematöse Erkrankung ziehen. Dagegen hat Kocher, was auch von anderen Autoren bestätigt wurde, eine Beschleunigung der Blutgerinnungszeit feststellen können. Reverdin und unabhänigig von ihm Kocher hatten im Anschluß an Totalexstirpation bei Pat. Krankheitszustände beobachtet, die dem bisher als Myxödem beschriebenen Bilde völlig gleichen und aus diesem Grunde als Myxoedema postoperativa oder Cachexia strumipriva beschrieben wurden. Durch diese Erfahrungstatsache veranlaßt, hatte Reverdin vor der Totalexstirpation gewarnt, was von Kocher, Gabbé, Baumgärtner u. a. bestätigt wurde. Zusammenfassend hatte das Studium über die Pathogenese der allgemein unter dem Namen Myxödem zusammengefaßten Erkrankungen auf Grund dieser Beobachtung und tierexperimenteller Nachforschungen (Horsley, Schiff u. a.) gezeigt, daß es sich um eine Hypo- oder Athyreose handelt, was von Barling, Ponfick u. a. an Hand von Sektionsbefunden bestätigt wurde. Anderseits hatten Schwass, Robinsohn, Cunningham bei klinisch dem Myxödem eindeutig einzureihenden Hauterscheinungen Struma feststellen können, bei dem aber im Gegensatz zu den Befunden bei Basedow statt Hypertrophie und Hyperplasie des Drüsengewebes histopathologisch bindegewebige Degeneration in den Vordergrund gerückt war. Außerdem hat aber auch Baldwin an Hand von einigen Fällen bei klinischem Basedow Erscheinungen von Myxödem beschrieben, was auch von anderer Seite (Scholz u. a.) bestätigt wurde, womit die strenge Abgrenzung zwischen Hypo- und Hyperthyreoidismus erschüttert schien. Es fehlte dann auch nicht an Erklärungen, die diese an sich widersprechenden Beobachtungen zu überbrücken versuchten. So glaubte Buschan trotz Schwellung der Schilddrüse an eine histopathologische Veränderung im Sinne einer Athyreose, während v. Wagner im Anschluß an den Rückgang der Schilddrüsenhypertrophie einen Umschlag in Atrophie als Ursache für die widersprechenden Befunde annehmen zu müssen glaubte. Hiervon wieder abzugrenzen sind die Myxödemerscheinungen im Gefolge von sekundär aufgepfropften Geschwülsten, wie sie z. B. Köhler und Ewald bei Aktinomykose der Schilddrüse beschrieben haben. Die Erklärungen von Buschan und von v. Wagner sind zu allgemein gehalten und treffen nicht die zahllosen komplizierten biologischen Veränderungen im Organismus, was auch bei dem genauen Studium der Lehre von der Endokrinologie, für die in neuerer Zeit immer größeres Interesse wachgerufen ist, bedeutend intensiver zum Ausdruck gebracht wird. So hat sich auf Grund von Sektionsbefunden und experimentellen Arbeiten herausgestellt, daß bei einem Krankheitsbild, das auf Veränderung einer Inkretionsdrüse zurückgeführt ist, nicht nur diese allein pathologische Vorgänge aufweist, sondern, wenn auch die pathologischen Erscheinungen der einen Drüse im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, die hierdurch hervorgerufene Gleichgewichtsstörung eine Miterkrankung des gesamten

Digitized by Google

endokrinen Systems zur Folge hat, die sich entsprechend den wechselvollen Korrelationsvorgängen ganz verschieden verhalten können. Ich komme hierauf noch später im Zusammenhang bei der epikritischen Beurteilung unseres Falles zurück. Beobachtungen über Miterkrankung anderer Inkretionsdrüsen bei Myxödem sind in der Literatur bekannt. So beschrieb v. Rumpel neben klinisch nicht palpabler Schilddrüse bei einem 36 jähr. Pat. deutliche Hodenatrophie mit ödematösen Schwellungen der Hände und Füße und ebensolchen Herden in der Unterbauchgegend von gelblichweißer Verfärbung ohne Hinterlassung einer Delle auf Fingerdruck. Außerdem bestanden leichte psychische Störungen. Differentialdiagnostisch konnte Akromegalie wegen des Fehlens jedes hyperplastischen Knochenprozesses ausgeschlossen und die Diagnose Myxödem als feststehend angesehen werden. Eine Wechselbeziehung zwischen Hypophyse und Thyreoidea konnte Ponfick an Hand des Autopsiebefundes bei einem 47 Jahre alten Pat. erheben, der eine ödematöse Schwellung des Gesichts, übergreifend auf die Ohren bis zum Nacken und Brust, ebensolche Veränderungen an den Händen und Füßen zeigte. Die Haut war im ganzen etwas trocken und oberflächlich schuppend. Die Sektion ergab an besonders augenfälligen Symptomen eine starke Verkleinerung der Schilddrüse. Histopathologisch zeigte sich jedoch ein großer Teil der Follikel noch erhalten im Gegensatz zu den sonstigen Beobachtungen bei Myxödem. Die Hypophyse zeigte dagegen eine fast völlige Atrophie des drüsigen Anteils mit stellenweiser Kalkeinlagerung vor allem an dem Übergang zum faserigen nervösen Teil, der im übrigen ohne jeden pathologischen Befund war. Die Milz war beträchtlich vergrößert, die Nebennieren verkleinert mit verschmälerter Rinde. Ähnliche Befunde beschreiben Beadles und Murray. Boyce und Ponfick haben in anderen Fällen Hypertrophie des Hypophysenvorderlappens feststellen können. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß die Veränderungen an den einzelnen Inkretionsdrüsen keiner gewissen Gesetzmäßigkeit unterworfen sind, sondern verschiedene Faktoren die Variabilität der pathologischen Vorgänge bestimmen, auf die ich später im Zusammenhang noch zurückkomme.

Wegen des von Baldwin u. a. angegebenen gemeinsamen, an sich paradox klingenden Auftretens von myxödematösen Erscheinungen und Basedow erscheint es wichtig, des abgeschlossenen Bildes halber, auch kurz auf die bisher beschriebenen Hautveränderungen bei typischem wie auch atypischem Basedow einzugehen. Im allgemeinen finden wir die Haut bei Basedow dünn, zart, elastisch, aber gut durchblutet. Diese Befunde lassen sich mit dem von zahlreichen Autoren (Fr. Müller, Stüve, Undeutsch, Grosser, Pribram u. a.) gefundenen erhöhten Stoffwechsel, vor allem des Fettumsatzes, erklären. Hiervon abweichend ist zunächst die ab und zu gefundene Blässe der Basedowkranken, die als Status lymphaticus oder thymolymphathicus bezeichnet wird, und auf sekundäre Mitbeteiligung des lymphatischen Systems zurückgeführt wurde. Als Beweis hierfür führte Kocher seine Beobachtungen an, nach denen nach Heilung bzw. Besserung des Basedow sich auch die übermäßige Blässe änderte. Von weiterem Interesse sind dann die Befunde, bei denen während der ganzen Zeit der Erkrankung keine Abmagerung fest-

Digitized by Google

zustellen ist, statt ihrer aber ein enormer Fettansatz. Wie haben wir uns diese Beobachtung zu erklären? Kocher glaubte eine gleichzeitig bestehende Hypophysenerkrankung als Ursache ansprechen zu müssen, die sekundär infolge der durch die Schilddrüsenerkrankung hervorgerufenen Inkretionsgleichgewichtsstörung durch hemmende Reize oder über das vegetative Nervensystem besonders in den Vordergrund geschoben ist. In diese Gruppe der abnorm fetten Kranken mit Basedow dürfen selbstverständlich nicht die gerechnet werden, worauf Kraus hinwies, die unter besonderen klinischen Maßnahmen zu starkem Fettansatz gebracht wurden.

(Schluß folgt)

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Verbandes der Krankenkassen Wiens und Niederösterreichs (Priv.-Doz. Dr. A. Perutz)

Zur Frage der Beziehungen zwischen Zoster und Varizellen

Von

Alfred Perutz

Mit 4 Abbildungen im Text

Die Frage nach dem Zusammenhang von Zoster und Varizellen ist seit den ersten Mitteilungen von Boká'y Gegenstand zahlreicher Untersuchungen; sie wurde jedoch bis zum heutigen Tage noch nicht gelöst. Die einschlägige Literatur ist schon sehr groß und hat zur definitiven Klärung dieser Frage noch nichts Wesentliches beigetragen. Während, um nur einige neuere Arbeiten der letzten Zeit zu nennen, Carver, Tresilian, Elliot, Harries und Dunderdale, Jacobi, Hill, W. Kraus, Dumoulet, Netter und seine Mitarbeiter, Hallez, Mayerhofer, Adelsberg, Guszmann, Cividali, Kundratitz, Lipschütz u. a. Unitarier sind, d. h. auf Grund klinischer, serologischer und biologischer Erfahrungen die Identität des Virus für beide Erkrankungen annehmen, wobei der Erreger bei neurotroper Einwirkung Zosteren, bei allgemeiner Infektion Varizellen erzeugt, also der Ansicht sind, daß das gleiche Virus nur verschiedene Angriffspunkte hat, sind eine ganze Reihe anderer Forscher — ich nenne nur Comby, Condat, Baraba's, Pardinagian und Goodman, Lesné und Gennes, sowie Aviragnet, Huber und Daybos, Vaglio, Battino u. a. — Dualisten, die von zwei verschiedenen Erregern bei diesen Krankheiten sprechen, die möglicherweise nahe verwandt sein können. Sie nehmen an, daß das Zusammenvorkommen beider Erkrankungen nicht anders zu bewerten sei als das (freilich nur seltenere) gleichzeitige Vorkommen von Varizellen und Röteln, Scharlach u. dgl., daß, worauf Sicard und Paraf hinweisen, Kinder, die prophylaktisch gegen Varizellen mit Zosterserum behandelt wurden und der Ansteckung ausgesetzt waren, trotzdem Windpocken bekommen. Von besonderem Interesse ist nun eine Beobachtung von Captor, der mitteilt, daß auf den Weihnachtsinseln in den Straits Settle-

Digitized by Google

ments innerhalb der letzten 20 Jahre zwar ziemlich viele Fälle von Zoster aber kein einziger Varizellenfall beobachtet wurde. Er schließt daraus, daß der Erreger beider Krankheiten mindestens graduell verschieden sein müsse und daß der Erreger der Varizellen auf genannter Insel offenbar noch nicht eingeschleppt wurde.

Einen vermittelnden Standpunkt in dieser Frage, der mir heute, so lange wir noch keinen Erreger kennen, am einleuchtendsten zu sein scheint, nehmen Lugeb und Lauda ein. Die Bezeichnung Zoster ist eine rein klinische und besagt nichts hinsichtlich Ätiologie, wie beispielsweise eine Pneumonie durch den Pneumokokkus, aber auch durch andere Erreger erzeugt werden kann. Macht nun beispielsweise der Herpeserreger entzündliche Erscheinungen im Rückenmark oder im Ganglion oder in der Wurzel oder im Hauptstamm des peripheren Nerven, so entsteht klinisch ein Zoster, und da das Herpesvirus der Erreger dieses Zosters ist, haben wir es mit einem Zoster herpeticus, mit einem zosteriformen Herpes zu tun, wobei dieser Name das klinische und ätiologische Moment beinhaltet, wie z. B. Pneumokokkenpneumonie. Setzt ein Karzinom Metastasen in den früher erwähnten Geweben und löst dadurch einen Zoster aus, so ist dies ein Zoster carcinomatosus, machte aber das Varizellen-Virus eine Neuritis, Ganglitis usw., wodurch eine Zostereruption ausgelöst wird, dann spricht man von einem Zoster varicellosus, wobei Zoster das klinische Bild anzeigt, varicellosus die Ätiologie.

Bezüglich der Überimpfbarkeit von Zosteren auf die Kaninchenkornea und auf den Träger des Zosters selbst, welche gewisse diagnostische, bzw. ätiologische Schlüsse zuläßt, sei auf eine demnächst erscheinende Arbeit verwiesen.

Es war nun von Interesse, um die Frage des Zusammenhanges zwischen Zoster und Varizellen zu studieren, ihr epidemiologisches Verhalten zu verfolgen, zumal außer der früher erwähnten Beobachtung von Captor keine diesbezüglichen Untersuchungen in der mir vorliegenden Literatur zu finden waren. Mein Zostermaterial schien mir deswegen geeignet, weil es während der Beobachtungsdauer konstant verblieb. Es setzt sich aus den Mitgliedern des 10. und 11. Gemeindebezirkes des Verbandes der Genossenschafts-Krankenkassen Wiens zusammen. Die Daten über das Vorkommen von Varizellen in diesen zwei Bezirken verdanke ich der Liebenswürdigkeit der Herren Dr. Pörner und Dr. Sauerbacker vom Gesundheitsamt der Stadt Wien und der Stadtbücherei. Für die Überlassung des Materials spreche ich beiden Herren auch an dieser Stelle meinen besten Dank aus.

Zur Beobachtung kamen die Fälle aus den Jahren 1923, 1924 und 1925.

Bezüglich der Diagnose Zoster sei bemerkt, daß nur die klinisch einwandfreien Fälle als solche geführt wurden. Im Jahre 1925 wurde überdies noch an der Klinik Ortner von Dozent Dr. A. Luger die biologische Kaninchenkorneauntersuchung gemacht, wofür ich auch Herrn Dozent Luger meinen besten Dank ausspreche.

Die Flächenausdehnung des 10. Bezirkes (Favoriten) beträgt nach der Messung vom Jahre 1924, 2161 Hektar, 46 Ar, 96,09 qm, die ver-

Digitized by Google

baute Fläche 237 Hektar, 91 Aar, 63,72 qm, die Einwohnerzahl 142,456. Die Fläche des 11. Gemeindebezirkes (Simmering) beträgt 2214 Hektar, 51 Ar, 86,00 qm, die verbaute Fläche 210 Hektar, 45 Ar, 41,00 qm, die Einwohnerzahl daselbst 46,237.

Die Zahl der beobachteten Fälle beträgt

für das Jahr 1923	Varizellen:	189
	Zoster:	32
für das Jahr 1924	Varizellen:	148
	Zoster:	30
für das Jahr 1925	Varizellen:	303
	Zoster:	31.

Aus dieser kleinen Übersicht ersieht man, daß die Zahl der Zosteren annähernd konstant ist, während die Zahl der Varizellen starken Schwankungen ausgesetzt ist; das Jahr 1925 ist ein starkes Varizellenjahr.

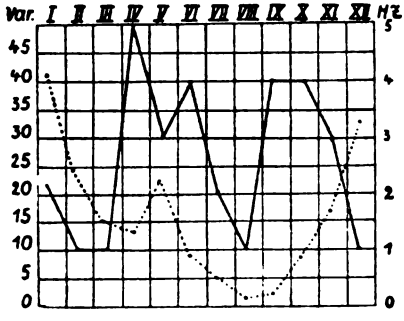


Abb. 1. 1923.

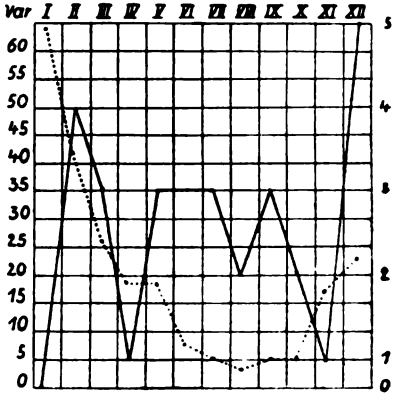


Abb. 2. 1924.

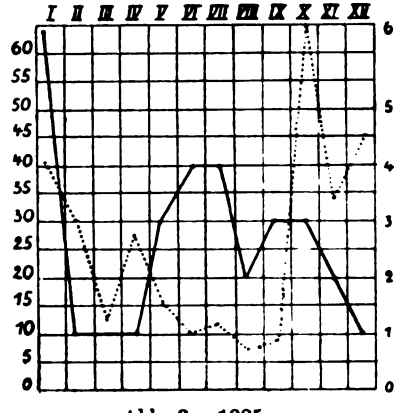


Abb. 3. 1925.

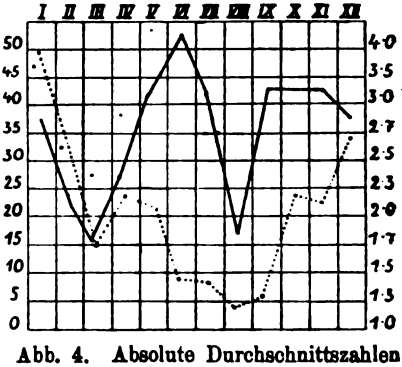


Abb. 4. Absolute Durchschnittszahlen (1923—1925).

——— Zoster. ····· Varizellen.

Digitized by Google

Beim Zoster konnte ich finden, daß die Erkrankungszahl für diese Dermatose im April, Juni und September am größten, im August am kleinsten ist, doch ist dieser Befund bei einer Beobachtungsdauer, die sich auf mehrere Jahre erstreckt, nicht gleichmäßig zu erheben, so daß es nicht angeht, die Gürtelrose als „Saisonkrankheit" zu bezeichnen.

Vorstehend die graphische Registrierung der Befunde (Tabelle 1—4).

Tabelle 1—3 gibt, nach Monaten angeordnet (die Zahlen der ersten senkrechten Reihe beziehen sich auf Varizellen, die der letzten auf Zoster), die Anzahl der Fälle von Zoster und Varizellen wieder, Tabelle 4 die errechneten Durchschnittswerte von Gürtelrose und Windpocken während der dreijährigen Beobachtungsdauer.

Im Jahre 1923 ist der Tiefpunkt der Erkrankung im August. In diesem Jahre scheint die Kurve des Zosters mit der der Varizellen annähernd parallel zu verlaufen, doch ist für das Jahr 1924 und 1925 keine auch nur annähernde Kongruenz festzustellen.

In Tabelle 4, welche die graphische Registrierung der Durchschnittszahlen enthält, fällt der Tiefpunkt der Erkrankung in den August. Es ist dies wohl darauf zurückzuführen, daß in den Sommermonaten der engere Kontakt, wie er im Winter durch den Schulbesuch gegeben ist, vielleicht auch durch den Aufenthalt wenigstens eines Teiles der Bevölkerung in Ferienheimen usw. fehlt, wodurch die Übertragungsgefahr geringer ist. Deswegen steigt auch die Morbiditätszahl bei Schulbeginn im September wieder an.

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, daß die Kurven des Zosters mit jenen der Varizellen absolut nicht zusammenfallen.

Auch vom epidemiologischen Standpunkt gewinnt man den Eindruck, daß Zoster und Varizellen nicht zusammengehören.

Literatur

Bokáy, W. kl. W., 1909, Bd. 22, i. Jahrb. f. Kinderheilk., 1919, Bd. 89. — Carver, Brit. m. J., 1921, Nr. 3137. — Tresilian, Brit. m. J., 1921, Nr. 3140. — Elliot, Brit. m. J., 1921, Nr. 3139. — Harries und Dunderdale, Brit. m. J., 1921, Nr. 3147. — Jacobi, Zschr. f. Kindhlk., 1921, Bd. 29. — Hill, Brit. m. J., 1921, Nr. 3139. — W. Kraus, New York m. J., 1921, Bd. 3. — Dumoulet, Arch. d. méd. des enf., 1922, Bd. 2. — Netter, Bull. de l'acad. d. méd., 1922, Bd. 20; Rev. int. d. méd. et de chirurg., 1922, Bd. 18; Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. d. Paris, 1925, Bd. 4. — Netter u. Mozer, Bull. de. la soc. de pédiat. d. Paris, 1922, Bd. 9. — Netter u. Urbain, Compt. rend. Soc. Biol., 1924, Bd. 90. — Hallez, Bull. de la soc. de péd. d. Paris, 1922, Bd. 5. — Mayerhofer, W. m. W., 1923, Bd. 24. — Adelsberg, M. m. W., 1924, Bd. 4. — Guszmann, Derm. W., 1924, Bd. 31. — Cividali, Rivista di clinica pediatrica, 1924, Bd. 22. — Kundratitz, Zschr. f. Kindhlk., 1925, Bd. 39. — Lipschütz, W. m. W., 1925, Bd. 14. — Lipschütz, W. kl. W., 1924, Bd. 8. — Comby, Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1922, Bd. 220. — Condat, Arch. de méd. des enfants, 1923, Bd. 2. — Barabas, Jahrb. f. Kindhlk., 1923, Bd. 50. — Pardinagieu u. Goodmann, Arch. of Derm., 1923, Bd. 7. — Lesné u. Gennes, Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1925, Bd. 41. — Aviragnet, Huber u. Dayros, Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1925, Bd. 41. — Sicard u. Paraf, Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1925, Bd. 41. — Vaglio, Pediatria, 1924, Bd. 32. — Battino, Pediatria, 1925, Bd. 33. — Captor, Brit. m. J., 1921, Nr. 3169. — Luger u. Lauda, W. m. W., 1921, Bd. 33; Zbl. f. Bakt., 1923, Bd. 91; 1926, Bd. 97; Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1921, Bd. 94; Zschr. f. d. ges. exper. M., 1921, Bd. 24. — Perutz, W. m. W., 1926, Bd. 24.

Digitized by Google

Psychotherapie und Hautkrankheiten

Nach einem Referat, gehalten auf dem 1. Deutschen Kongreß für Psychotherapie; April 1926

Von

Dr. W. Th. Sack, Hautarzt in Baden-Baden

Wenn es gilt, in einem Referat die Beziehungen zwischen Psychotherapie und Hauterkrankungen darzustellen, so bedeutet dies für heute nicht mehr und nicht weniger als das erstmalige systematische In-Beziehung-Setzen einer mit allen Mitteln exakter naturwissenschaftlicher Methoden ausgebauten und durchgearbeiteten großen medizinischen Spezialdisziplin mit einer Methodik, die in sich selbst noch völlig unfertig, widerspruchsvoll und vielfältig ist und deren theoretische Voraussetzungen verankert sind in den subtilsten und kompliziertesten Gedankengängen psychologischer, erkenntnistheoretischer und weltanschaulicher Art.

Das ideale Ziel ist ein systematisches Durcharbeiten des gesamten theoretischen und praktischen dermatologischen Tatsachenmaterials unter Zuhilfenahme aller bisher ausgearbeiteten Systeme, die die psychogene Entstehungsweise körperlicher Symptome zum Gegenstand haben, sowie die praktische Auswertung aller schulmäßig oder individuell ausgearbeiteter therapeutischer Methoden.

Die reale Ausführung dagegen muß sich infolge der wenigen vorliegenden Vorarbeiten beschränken auf ein vorsichtiges Näherbringen dieser vorläufig noch so wenig affinen Gebiete, auf eklektizistische Hinweise, auf Analogien aus anderen Gebieten der Medizin und muß es wagen, auch eigene Gedankengänge und Beobachtungen einzuflechten, die — als von einem Sonderstandpunkt ausgehend — das Allgemeinproblem fördern können oder für das Spezialproblem Neues und Wesentliches bringen. Die selbstverständliche Folge ist eine starke subjektive Färbung, eine vielleicht willkürlich erscheinende Einengung auf der einen, Erweiterung auf der anderen Seite und ein Verzicht auf Vollständigkeit, soweit es sich nicht um die Diskussion des bereits verarbeiteten Materials, sondern um die Aufstellung der Sonderprobleme handelt.

Wollen wir uns über die Bedeutung der Haut als Erfolgorgan somatischer Äquivalente für psychische Abläufe klar werden, so kommen wir am raschesten zum Ziel, wenn wir die Haut als Ausdrucksorgan betrachten und definieren.

Diese Betrachtungsweise ist aufgebaut auf einer Pathologie der Person, die an die Stelle einer materialistisch gebundenen Organpathologie zu treten hat und die in der modernen Gestaltspsychologie, in den Ideengängen von Kraus und Bleuler, sowie der theoretischen Biologie und der Vererbungslehre ihre theoretische Grundlage hat. Es handelt sich um eine Umkehr unserer Einstellungsrichtung zu biologischen Phänomenen; es gilt, diese Phänomene von innen heraus, vom Ichmittelpunkt ihres psychischen Trägers aus, zu erfassen und zu verstehen.

„Der Begriff des Organs im naturwissenschaftlich-ärztlichen Sinn ist eine Abstraktion hoher Ordnung, die von dem Individuum, zu dem dieses Organ gehört, nur in den seltensten Fällen durchgeführt wird; nur ein geringer Teil der Organe sind ihrem Träger im allgemeinen überhaupt bekannt, ein noch geringerer ihm bewußt. Aber auch in den Zeiten ihrer Ekphorierung ins Bewußtsein haben sie ihren bestimmten affektiven „Ort" in der Psyche und kaum etwas zu tun mit der durch die begriffliche Abstraktion festgelegten Vorstellung. Für den Träger gibt es in diesem Sinne genau soviel Organe, als er aus letzten Funktionselementen Funktionsapparate aufzubauen imstande ist. Entsprechend ihrer Bedeutung haben diese Gebilde eine kürzere oder längere Lebensdauer in der Psyche; sie sind, da im psychischen Milieu gelegen, auch nicht als materiell aufzufassen, sondern im Anschluß an Gedankengänge von Bleuler mehr im Sinne einer Idee zu verstehen. In diesem Sinne möchte ich hier den Organbegriff verstanden wissen."

Wenn es sich darum handelt, in diesem Zusammenhang den Begriff „Ausdruck" zu definieren, so bitte ich hier vollkommen abzusehen von der Kontroverse, die sich an Husserls logische Definition angeschlossen hat. Hier ist der Begriff lediglich in psycho-

Digitized by Google

logischem und biologischem Zusammenhang verwertet und darf auf Grund der oben erwähnten Auffassung ohne Gewaltsamkeit folgendermaßen definiert werden: Unter Ausdruck verstehe ich jeden einem bestimmten seelischen Geschehen eindeutig zugeordneten körperlichen Vorgang, ohne Rücksicht darauf, ob er der willkürlichen oder unwillkürlichen Innervation unterliegt.

Diese Ausdrucksphänomene haben eine doppelte Tendenz: sie sind sowohl reflexiv wie demonstrativ. Reflexiv, indem sie, oft aus tiefen verschütteten Lagen des Unterbewußtseins stammend, das bewußte Seelenleben alarmieren und so die Aufmerksamkeit ihres Trägers beanspruchen; demonstrativ, indem sie sich an die gesellschaftliche Umwelt wenden, um dort bemerkt und beachtet zu werden.

„Sprechen wir also von der Haut als Ausdrucksorgan, so müssen wir sie im besprochenen Sinne zu erfassen suchen. Kein Mensch erlebt die Haut als das Schichtensystem, das wir im histologischen Querschnitt kennenlernen, sondern je nach Konstellation, bald als Angriffsort der verschiedenen sensiblen Reize, wie Kälte und Wärme, Schmerzen, Brennen und Jucken, sexueller Lustgefühle, idiosynkrasischer Unlustgefühle und aller Qualitäten des Tastsinns; bald ästhetisch kritisch als schön oder unschön, rein oder unrein, blaß, rot, welk, frisch, weich, rauh, bald wieder mehr begrifflich als Grenzfläche der eigenen Körperlichkeit gegen die Umwelt, bald als Schutz, bald als Mangel. Dann wieder wird die Haut erlebnismäßig verwertet im Zusammenhang mit den Adnexgebilden: als Grundlage der Behaarung, als Ort für die Schweiß- und Talgabsonderung mit ihren Geruchsensationen, weiter rein gestalthaft als die sichtbare Begrenzung eines Gliedes, etwa der Hand oder des Ohres, in hervorragendem Maße endlich als feinster Indikator des mimischen Ausdrucksspieles im Gesicht, wo sie durch Faltenbildung erst die letzten Nuancen ermöglicht.

Diese und noch unzählige andere Rollen, je nach Umständen und Temperament, spielt die Haut im Selbsterleben ihres Trägers. Sie ist zweifellos der Teil des Körpers, der in irgend einem Zusammenhang als Mittler von außen nach innen und umgekehrt am seltensten aus dem Oberbewußtsein des Individuums verschwindet. Es gibt kaum eine Möglichkeit, sich mit seinem Körper zu beschäftigen, ohne optisch, sensorisch und aromatisch der Haut zu begegnen.

Es ist evident, daß dieses so exponierte Organ auch eine entsprechende Rolle im Ausdrucksmechanismus spielen muß. Es ist, wie schon oben erwähnt, wesentlich beteiligt an der Gestaltung des mimischen Gesichtsausdrucks; weiter sei erinnert an das Erröten und Erblassen im Affekt, wobei hauptsächlich die unbedeckten Partien des Körpers beteiligt sind, an die Gänsehaut, an den wechselnden Turgor aus emotionellen Anlässen mit den daraus folgenden außerordentlich lebhaften Veränderungen des Befundes in bezug auf Glätte, Spannung, Glanz, Farbe, Follikelgröße usw. Ich denke ferner an die psychische Ursache der Schweißabsonderung, an Haarausfall, an Pigmentverlagerung. So zeigt sich ein ganzes Heer von Erscheinungen, deren psychische Bedingtheit unbestreitbar ist. Das beweist, daß schon in der Norm sich in der Haut eine Reihe für ihre Beschaffenheit höchst bedeutungsvoller psychogenetischer Vorgänge abspielt."

Diese äußerst gedrängten und auf einige Definitionen reduzierten theoretischen Hinweise sind dazu bestimmt, im Rahmen dieses Vortrags eine Arbeitshypothese zu bieten und eine erkenntnismäßige Problematik aufzudecken, die durch die Einführung des Hautorgans in die Neurosenlehre zum Teil stärker wie sonst die Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt, zum Teil in ganz spezieller neuer Form auftaucht.

Es ist sehr bemerkenswert, daß Bunnemann und Homburger, die beiden einzigen, die neben Stern, Kronfeld und mir bisher das Problem der Dermatosen in dem geschilderten Zusammenhang, teils prinzipiell, teils kasuistisch bearbeitet haben, beide die Bedeutung der Haut als Ausdrucksorgan für die Deutung psychogener Hautsymptome hervorgehoben haben. Bunnemann ist dabei keineswegs bei einer Arbeitshypothese stehengeblieben, sondern, indem er die geschilderte Ausdruckstätigkeit erweiterte durch die Annahme einer Zwecktätigkeit, ist es ihm gelungen, in Weiterführung dieser Ideen vertikal aufbauend mit Hilfe des Vaihingerschen Fiktionalismus eine vollständige durchsystematisierte biologische Theorie aufzustellen.

Hiermit wären wir bereits an der Besprechung der vorhandenen Literatur angelangt. Wie schon erwähnt, sind mir außer den Arbeiten von Bunnemann, Stern, Homburger, Kronfeld und mir selbst keine weiteren Veröffentlichungen bekannt, wobei ich nicht daran zweifle, daß in der unübersehbaren Neurosenliteratur noch wertvolles Material publiziert ist, für dessen Mitteilung ich dankbar wäre. Es ist interessant

Digitized by Google

und charakteristisch, daß die beiden Sammelreferate des vergangenen Jahres, das eine von dem Amerikaner KLAUDER: „The cutaneous neuroses" im Journal of the American Medical Association, das andere von STRANDBERG in dem Sammelband von SCHWARZ, im ersten fast gar nichts, im zweiten wirklich gar nichts von den uns interessierenden Zusammenhängen behandelt wird. Diese beiden von Fachdermatologen gelieferten Referate sind über den Rahmen ihrer lediglich organpathologischen Feststellungen mit keinem Schritt herausgekommen. Ihnen gegenüber sind die viel älteren Veröffentlichnngen von KREIBICH und von BETTMANN, dem auch das Verdienst zukommt, den hochinteressanten Fall von HOMBURGER der psychischen Analyse zugeführt zu haben, von viel größerer Bedeutung und eröffneten schon damals weite Perspektiven, wenn sie auch den letzten entscheidenden Schritt nicht getan haben. KREIBICH vor allem verdanken wir den exakten dermatologischen Nachweis des Phänomens, das ich in diesem Zusammenhang als „Urphänomen" zu bezeichnen wage, da von diesem Nachweis die ganze Stellungnahme zu der Möglichkeit echter und reiner psychogenetischer Hautphänomene abhängt: Es handelt sich um die auf hypnotischem Wege unter Ausschaltung aller Fehlerquellen hervorgerufene Hautblase. Dieses klassische Experiment ist in seiner Reinheit und Abgeschlossenheit nicht etwa nur für den dermatologischen Standpunkt, sondern für die allgemeine Frage von fundamentaler Bedeutung, da nirgends die Abhängigkeit eines Gewebssystems von psychischen Impulsen unter Ausschaltung jeglichen oberbewußten Mechanismus so überzeugend in Erscheinung tritt, als gerade hier. Weitere Kronzeugen für die Richtigkeit dieses Experiments sind WETTERSTRAND, KRAFT-EBING, JENDRASSIK, FOREL, KOHNSTAMM, BUNNEMANN u. a. Außerdem hat KREIBICH durch seine Lehre von der angioneurotischen Entzündung und durch seine Ekzemtheorie das Verständnis der körperlichen Mechanismen bei den psychogenen Dermatosen außerordentlich erleichtert.

Einer der Hauptgründe, die die verständliche Zurückführung körperlicher Hauterscheinungen auf Letztes-Psychisches verhinderten, war der immer neu und immer vergeblich unternommene Versuch, psychogene Hautkrankheiten sui generis abzugrenzen; hier trieb noch die alte Vorstellung von der Krankheit als einer besonderen Wesenheit ihr verhängnisvolles Spiel; erst eine sehr energische Relativierung der Bedeutung, die das Symptom und der Symptomenkomplex für das Wesentliche einer Erkrankung haben, führte auf den richtigen Weg. Es ist fraglich, ja ich möchte auf Grund meiner Erfahrung vorläufig energisch bestreiten, daß es Hauterscheinungen gibt, die durch den Augenschein als psychogen erkannt werden können. Ohne psychische Analyse ist die Diagnose „psychogene Hauterkrankung" unstatthaft. Auch der STERNsche Versuch negativer Beweisführung, die nicht dem Sympathikus unterworfenen Hautphänomene als nichtpsychogen auszuschalten, ist nicht haltbar, was ich auf Grund meines Materials im folgenden noch näher ausführen werde. Unsere gewöhnlichen Krankheitsbilder sind Abgrenzungen von Zuständen, die in sich eine gesetzmäßige Entwicklung, den sogenannten „Ablauf" haben und als solche nosologisch abgehandelt werden. Die für die psychische Analyse wesentlichen Tatsachen sind dagegen in erster Linie individualhistorischer Natur, Voraussetzungen des Krankheitszustandes, reine Ätiologie der vorsomatischen Etappe, und sagen als solche gar nichts aus über Form und Charakter der ausgelösten somatischen Veränderung. Die morphologische Gestaltung ist in diesem Zusammenhang sekundär und das Produkt einer individuellen Hautreaktion. Analoge psychische Voraussetzungen können deshalb bei verschiedenen Individuen ganz verschiedene Hautveränderungen hervorrufen, genau so wie umgekehrt bestimmte gleichartige Veränderungen der Haut das eine Mal psychische, das andere Mal rein materielle Ursachen, sogar bei ein und demselben Individuum, haben können.

Mir hat sich bis jetzt nur ein Einteilungsprinzip bewährt: das ist die Trennung in pruriginöse und nichtpruriginöse Erkrankungen. Die großen Vorzüge dieser Einteilung sind unverkennbar, wenn man bedenkt, wie komplizierend bei pruriginösen Erkrankungen, die dabei zweifellos das Hauptkontingent psychogener Hautstörungen bilden, das Hinzutreten der sensiblen Komponente mit den traumatisch wirkenden Begleiterscheinungen des Kratzens und Scheuerns auf die Analyse ihrer Entstehung und die Trennung in primäre und sekundäre Erscheinungen wirken muß. Bei den pruriginösen Erkrankungen verschmilzt die Organaktion mit einer Organreaktion, während bei den nichtpruriginösen Erkrankungen die reine Organaktion in Erscheinung tritt.

Die hier referierend angeführte Literatur bedarf nun dringend einer kritischen Sichtung. Nicht als ob den tatsächlichen Beobachtungen etwa mit Mißtrauen begegnet

Digitized by Google

werden müßte — trotz aller Neuartigkeit der Beobachtungen und Deutungen haben diese Publikationen vollen Anspruch darauf, durchaus ernst genommen zu werden, sowohl wegen der Qualität der Namen, die unter den Veröffentlichungen stehen, als auch wegen der tausendfach aufzeigbaren Analogien dieser Erscheinungen mit den neurotischen Symptomen anderer Organsysteme —; die fachwissenschaftliche Kritik hat aber mit aller Strenge dort einzusetzen, wo ohne genügend exakte Grundlage terminologische Verwirrung droht. Gerade weil diese neue Einstellung naturnotwendig zur Lockerung unserer häufig allzu starren Systematik führen muß (vgl. meinen Kongreßvortrag „Die Haut als Ausdrucksorgan"), müssen rechtzeitig genügende Kontrollen aufgestellt werden, um nicht alles in den Abgrund zu reißen und damit von vornherein auch das Positive und Fruchtbare dieser neuen Erkenntnis zu diskreditieren. Wenn z. B. von Psoriasis die Rede ist, so wäre zuerst der Nachweis zu erbringen, daß die beobachteten Krankheitserscheinungen wirklich echte und reine Psoriaseffloreszenzen waren. Wenn es sich bei den beobachteten Phänomenen lediglich um psoriasiforme Effloreszenzen gehandelt hat, aber nicht um histologisch eindeutige Psoriasis, so wäre die generelle Bedeutung der Beobachtung um nichts gemindert, jedoch die für den Dermatologen heute wohl noch kaum zu verarbeitende Vorstellung einer „psychogenen Psoriasis" vermieden. Hier harren der Fachdermatologie noch wichtige, bisher zu wenig beachtete Aufgaben.

Die nichtpruriginösen Erkrankungen sind nun zwar die interessantesten und instruktivsten, aber leider außerordentlich selten. Ihr Prototyp ist das oben erwähnte Urphänomen, die durch Hypnose erzeugte Hautblase. In diese Gruppe gehören die so heiß umstrittenen Fälle von hysterischer Gangräne, die verschiedenen Hautödeme, Erytheme (Rosazea), Blutungen, zosteriforme und verruköse Veränderungen. Seit dem Bestehen einer wissenschaftlichen Dermatologie sind in der Literatur immer wieder einschlägige Fälle erwähnt, aber erst Bunnemann hat in seinen beiden durchanalysierten Fällen die psychischen bedingenden Mechanismen bis in ihre letzten Ausläufer herauspräpariert, und so gelang ihm in der Hypnose durch Bannung oder Erregung bestimmter affektbetonter Vorstellungen, die angioneurotischen Phänomene nach Wunsch hervorzurufen oder zu beseitigen. Er berichtet sogar von Psoriasisfällen (!?), deren Psychogenese er aufgedeckt und die er hypnotisch erfolgreich behandelt hat. Die psychotherapeutische Beeinflußbarkeit von Warzen gehört zu den ältesten Erfahrungstatsachen der Psychotherapie. Kraft-Ebing, Forel, Bonjour u. a. berichten davon, und im Anschluß an meinen Vortrag auf dem vorjährigen Dermatologenkongreß teilte Bleich, der Direktor der Züricher Universitäts-Hautklinik mit, daß er in letzter Zeit alle Warzen mit Erfolg weghypnotisieren lasse. (Hier taucht die zum Schluß zu besprechende Frage auf, ob alle psychotherapeutisch beeinflußbaren Erscheinungen deshalb auch psychogen sein müssen, was noch zu klären ist.)

Die z. B. von Bunnemann durchgeführte Analyse seiner Fälle offenbart den starken Symbolcharakter der Phänomene. Blaurote Verfärbung einer Zehe als Ausdruck einer „Beschneidungsangst", makulöse Verfärbung an bestimmten Hautstellen als Erinnerungsbilder an gleichenorts lokalisierte affektbetonte Beobachtungen, psoriasiforme Eruptionen als Projektion unlustbetonter ekelerregender Erinnerungen, all dies sind Parallelfälle der immer wieder beschriebenen und bisher so völlig undeutbaren Stigmatisation bei religiös Ekstatischen.

Der Mittler zwischen Psyche und Erfolgsorgan ist in allen diesen Fällen der Sympathikus, der große Unbekannte, wahrscheinlich in Gemeinschaft mit den Drüsen der inneren Sekretion. Daß es jedoch, entgegen der Ansicht von Stern, nicht der Sympathikus allein ist, der pathologische Hauterscheinungen psychogenen Charakters vermittelt, das wird bewiesen durch die Existenz psychogener pruriginöser Hauterkrankungen.

Psychogener Pruritus ist eine reine Sensibilitätsneurose. Ich habe in meiner Arbeit über die psychogene Komponente des Pruritus und pruriginöse Dermatosen eingehend geschildert, wie infolge einer besonderen Richtung der Aufmerksamkeit auf die immer vorhandenen kleinen Reize der von Reizrezeptoren übersäten Haut jederzeit und an jeder Körperstelle Juckempfindung entstehen kann. Ich gehe jetzt sogar weiter und behaupte, daß schon allein die Vorstellung imstande ist, an jeder beliebigen Hautstelle die echte Empfindung des Juckens hervorzurufen. Zahlreiche Beobachtungen bilden die Stütze dieser Ansicht. (Daß die oft beobachteten Fälle von wilden Juckattacken, die jeder äußeren Therapie trotzen, fast immer einen psychischen Überbau tragen, wird durch die ans Wunderbare grenzenden Ergebnisse einer rechtzeitig und

Digitized by Google

überlegt eingeleiteten Psychotherapie immer aufs neue bestätigt.) Es steht nun zur Debatte, ob derartige Empfindungen begleitet sind von somatischen Strukturveränderungen. Daß auch dies höchst wahrscheinlich ist, ergibt sich aus Experimenten, bei denen man der hypnotisierten Versuchsperson zuerst eine reine Suggestion in der sensiblen Sphäre erteilt (z. B. die Suggestion des Verbranntseins, des Gestochenwerdens, des heftigen Juckreizes). Zuerst wurden in diesen Fällen von der Versuchsperson die verschiedenen suggerierten Sensationen empfunden, und dann erschienen verschiedenste somatische Begleiterscheinungen, am leichtesten und häufigsten Erytheme, Quaddelbildung bei der Urticaria psychica usw. Es ist also bei den Folgeerscheinungen des psychogenen Pruritus, auf die wir gleich zu sprechen kommen, zweifellos auch mit echten Organaktionen zu rechnen. Ganz gewiß jedoch überwiegen bei den pruriginösen Erkrankungen die Organreaktionen, und damit haben wir nun noch den ausgedehnten und geistreichen Untersuchungen Kreibichs zu folgen, der mit seiner Angioneurosenlehre und besonders mit seiner Auffassung von der Entstehung des Ekzems die notwendigen exakten Vorarbeiten bereits geleistet hat. In seinem Referat auf dem Münchener Kongreß 1924 nennt er das Ekzem schon ausdrücklich einen vasomotorischen Reflex, ausgezeichnet in seiner Entstehung durch das Bestehen eines primären sensibeln, ekzematophoren Reiz (Pruritus), der reflektorisch den vasomotorischen Reflexbogen erregbar macht. Durch das Kratzen wird dann ein dieser Erregbarkeit adäquater Gefäßreflex ausgelöst. Kreibich wie auch Puley, der zu ganz analogen Ergebnissen kommt, bringen dabei Urtikaria und Ekzem in eine ganz enge genetische Verbindung. Das für uns hier Wichtigste ist auf jeden Fall die bewiesene Tatsache, daß das Ekzem aus Pruritus durch Kratzen entsteht, und da ein rein psychogener Pruritus, wie ich behaupte, einer der allerhäufigsten neurotischen Phänomene überhaupt ist, so haben wir alle Veranlassung, der Entstehung des Ekzems nach dieser Richtung die allergrößte Aufmerksamkeit zu schenken. Ob wir so entstandenen Ekzemen den Namen „psychogenes Ekzem" zusprechen wollen oder nicht, ist Geschmackssache. In dem rein reflexmäßigen affektbetonten Kratzen, in der zweifellos besonders großen reflektorischen angioneurotischen Ansprechbarkeit dieser Fälle, und vor allem in dem rein psychogenen Pruritus liegt so viel Psychisches, daß die Einschaltung einer gleichsam traumatisch-artifiziellen Handlung, wie es das Kratzen darstellt, nicht genügt, um den psychogenen Charakter dieser Krankheitsfälle zu bestreiten.

Zweifellos ist, daß die Haut außerordentlich häufig von Neurotikern zum Angriffspunkt ihrer somatischen Abreaktion ausgewählt wird, erstens wegen der bereits erwähnten psycho-topographischen Sonderstellung der Haut, zweitens wegen der stets auslösbaren und zur Abreaktion besonders geeigneten Pruritusmechanismen.

Wenn ich nun oben behauptet habe, daß wir nicht von psychogenen Hautkrankheiten sui generis, sondern nur von psychogenen Hauterkrankungen sprechen dürfen, da für die psychogenetische Entstehung pathognomonische Symptome wohl nicht bestehen, so ist andererseits doch nicht zu verkennen, daß gewisse in die hier besprochene Gruppe gehörige Krankheitsbilder ganz besonders häufig in Erscheinung treten und den Verdacht auf psychogene Entstehung nahelegen. Ich nenne hier in erster Linie die zirkumskripten Neurodermitiden sowie das Neisserssche urtikarielle Ekzem.

So wie das urtikarielle Ekzem bisher bereits einen besonderen Platz in den theoretischen Diskussionen über die Beziehungen zwischen Ekzem und Urtikaria eingenommen hat, so ist es auch für unsere Betrachtungsweise von besonderer Bedeutung.

Die verhältnismäßig zahlreichen bisher beschriebenen Fälle von Urticaria psychica, wo es sogar gelang, vorstellungsmäßig an bestimmten Stellen der Haut echte Quaddeln hervorzurufen, weisen der Urtikaria insofern eine Mittelstellung zwischen den nichtpruriginösen und pruriginösen psychogenen Hauterscheinungen an, als der Pruritus bei der Urtikaria offenbar eine sekundäre, den vasomotorischen Veränderungen nachfolgende Erscheinung ist. Die ungeheure Übererregbarkeit, wie sie bereits bei der banalen Urticaria factitia zutage tritt, läßt den sonst so bedeutungsvollen, traumatisch wirkenden Kratzmechanismus kaum in Erscheinung treten. Alle diese feineren Unterschiede sind wesentlich und harren noch ihrer exakten Analyse.

Wir können das Kapitel der pruriginösen Erkrankungen nicht verlassen, ohne noch auf die besonders innige Verwandtschaft hinzuweisen, die den Pruritus mit den sexuellen Empfindungsqualitäten verbindet. Wer den akuten Juckanfall und das Verhalten des Patienten dabei nach dieser Richtung hin einmal genau beobachtet hat, wird sich dem Eindruck dieses Parallelismus nicht entziehen können. Die Ablaufskurve beider Mechanismen haben eine täuschende Ähnlichkeit, und es ist kein Zufall, wenn

Digitized by Google

der Volksmund die sexuellen Sensationen in der Genitalsphäre und auch sonst als Kitzel oder Jucken bezeichnet.

So kommt es, daß wir es bei einer Reihe pruriginöser Erscheinungen mit echten Onanieäquivalenten zu tun haben, und ich verfüge in meiner Kasuistik über einen außerordentlich instruktiven Fall, wo ein über den ganzen Körper ausgedehntes neurodermisiertes hartnäckiges Ekzem das Symptom einer ganz eindeutigen Sexualneurose darstellt, da die Patientin durch regelmäßiges ungehemmtes Kratzen und Scheuern den sexuellen Orgasmus herbeiführte, wobei dieser eigenartige Mechanismus ihr die Möglichkeit gab, ihrer stark masochistisch-sadistischen Triebregung zu entsprechen. Wenn eine sehr intelligente Patientin mir spontan angab, daß juckende Schnakenstiche sich bei ihr sofort in erogene Zentren umwandeln, die bei sexueller Erregung spontan mitschwingen, so eröffnet uns dieses Bekenntnis sehr interessante Einblicke in die besprochenen Zusammenhänge.

Zum Schluß möchte ich die Erfahrungen über die therapeutischen Methoden und ihre Ergebnisse kurz zusammenstellen. Es ist hier nicht der Ort, eine Diskusion über die beste Methode einzuleiten. Vorläufig wird jeder Therapeut zu der Behandlungsart greifen, die er beherrscht und von der er sich in jeweiligen Fällen besonderen Erfolg verspricht. Immerhin sprechen meine Erfahrungen dafür, daß wir es vor allem bei den pruriginösen Erkrankungen mit relativ oberflächlich gelagerten Komplexen zu tun haben und daß die einfachen und wenig eingreifenden Explorationsmethoden recht bald zur Aufdeckung des auslösenden psychischen Traumas führen. Deshalb gelingt es auch andererseits sehr häufig, durch die einfachen, mehr symptomischen psychotherapeutischen Methoden schöne Dauererfolge zu erzielen. Die Veröffentlichungen von Bunnemann, Homburger, Kronfeld und mir zeigen die verschiedenen Wege, die eingeschlagen worden sind und zum Ziele geführt haben. Es besteht nun allerdings keine absolute oder gar umkehrbare Korrelation zwischen Psychogenese und Psychotherapie von Hauterkrankungen. Man kann manches Psychogene pharmakologisch heilen und manches Organische auch psychotherapeutisch günstig beeinflussen.

Es ist zu ermitteln, ob und wieweit die psychische Beeinflussung

1. durch willensmäßige Ausschaltung irritierender exogener Reize (Kratzverbot) die Rückkehr des normalen Zustandes bewirkt,

2. durch Veränderung des biologischen Terrains auch infektiöse Bildungen (z. B. Warzen) sekundär zu beseitigen vermag,

3. zur direkten Involution der Morphen führt.

Wenn ein so erfahrener Psychotherapeut wie Kronfeld vor einer Überschätzung seelischer Behandlungsmethoden körperlicher Symptome gerade im Zusammenhang mit seinen publizierten Hautfällen warnt, so ist es doch gerade andererseits für uns Dermatologen eine große Genugtuung, wenn es gelingt, zum Teil Jahrzehnte alte, immer wieder vergeblich behandelte und rezidivierende Fälle, die infolge ihrer Ausbreitung den Kranken gelegentlich völlig unsozial machen können. Auf jeden Fall wird uns allein das Wissen um diese Zusammenhänge und dessen Berücksichtigung diagnostisch und therapeutisch weiterführen durch Vertiefung unserer Erkenntnisse und zum Heil unserer Kranken.

Literatur

Bettmann, Nervöse Hautaffektionen der Hysterischen. D. Zschr. f. Nervenhlk., 1900. — Bleuler, E., Die Psychoide als Prinzip der organischen Entwicklung. J. Springer, Berlin 1925. — Bunnemann, O., Über psychogene Dermatosen. Zschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, 1922, Bd. 78. — Bunnemann, O., Über die Organfiktion. Beihefte zu den Annalen der Philosophie, I. Felix Meiner, Leipzig 1925. — Bunnemann, O., Neue Beiträge zur Frage der Psychogenese von Hautsymptomen. Zschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, 1924, Bd. 88. — Homburger, A., Lichenoider Ausschlag als psychogene Dermatose. Zschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, 1923, Bd. 82. — Klauder, J., The cutaneous Neurosis. The Journal of the American Medical Assoc., 1925, Bd. 85, Nr. 22. — Kohnstamm, Blasenbildung durch hypnotische Suggestion. 19. Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, Frankfurt 1908, S. 342. — Kraus, Allgemeine und spezielle Pathologie der personellen Syzygiologie. Thieme, Leipzig 1910. — Kreibich, Die angioneurotische Entzündung. Perles, Wien 1905. — Kreibich, Ätiologie und Pathogenese des Ekzems. Arch. f. Derm., 1924, Bd. 145. — Kreibich und Sobotka, Experimenteller Beitrag zur psychischen Urtikaria. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 97. — Kronfeld, A., Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft. Derm. Zschr.,

Digitized by Google

1925, Bd. 45. — Pulay, E., Ekzem und Urtikaria. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1925. — Sack, W. Th., Über die psychogene Komponente des Pruritus und die pruriginösen Dermatosen. M. m. W., 1922, S. 148. — Sack, W. Th., Die Haut als Ausdrucksorgan. 18. Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. Arch. f. Derm., 1926, Bd. 151, S. 200, Kongreßbericht. — Seligmann, H., Über Gangrän bei Hysterischen. Dissertation. Bonn 1920. — Stern, Zur Frage der psychogenen Dermatosen. Zschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie. — Strandberg, S., Psyche und Hautkrankheiten in O. Schwarz, Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Springer, Wien 1925.

Aus dem „Elisabeth"-Krankenhaus in Hódmezövásárhely
(Vorstand: Doz. Dr. A. v. Genersich)

Über die Lebensdauer der Spirochaeta pallida unter der Einwirkung der Wismutbehandlung[1])

Von

Dr. S. v. Szentkirályi, O.-A. am obigen Spital

Bei der Beurteilung des Wertes der Antisyphilitika ist außer der Beeinflussung der klinischen Symptome, noch auf drei Faktoren besonders zu achten, und zwar Wirkung des Arzneimittels auf die Spirochäte, Änderung der WR und das weitere Schicksal des Kranken. Ausgehend von diesen Grundfragen der Syphilislehre, haben wir (in Gemeinschaft mit Rubin) nach Döhring, Steyskal, Fantl u. a. im Jahre 1921 Untersuchungen über das Verhalten und die Lebensdauer der Spirochäte bei verschiedenen Behandlungsarten angestellt; damals handelte es sich um die Wirkung von Quecksilber und Neosalvarsan und die Kombination dieser beiden Mittel; diesmal habe ich die Wirkung der Wismutbehandlung studiert. Das praktische Ergebnis unserer Untersuchungen im Jahre 1921 war, daß die Lebensdauer der Spirochäten, welche aus luetischen Läsionen eines unbehandelten Kranken gewonnen worden waren, im Deckgläschenpräparat unter Paraffinabschluß in Reizserum aufbewahrt 44—48 Stunden, im hängenden Tropfen oder in einem Kapillarröhrchen noch mehr beträgt. Während der Quecksilberbehandlung konnten wir aus den Läsionen bis zur Epithelisierung und manchmal auch noch später lebende Spirochäten erhalten, deren Lebensdauer aber im Deckgläschenpräparat kürzer war als die der Spirochäten von unbehandelten Kranken. Bei der Neosalvarsanbehandlung hingegen war zu beobachten, daß die Spirochäte binnen 24 Stunden sozusagen gesetzmäßig verschwindet, die nur spärlich noch vorhandenen Spirochäten verlieren ihre Lebensäußerungen im Präparat nach 1—2 Stunden und werden im Serum sehr bald gelöst ... „Je später wir — bei der Neosalvarsanbehandlung — das Reizserum aus der Läsion entnahmen, um so seltener waren darin lebende Spirochäten zu finden und um so kürzer war ihre Lebensdauer im Präparat ..." Die spirillozide Wirkung des Neosalvarsans hat zur Folge, daß die Lebensdauer der Spirochäten im Organismus den Zeitpunkt kaum übersteigt, da sie in Läsionen noch zu finden sind.

Von den Bi-Präparaten konnten Levaditi und Sazerac schon in ihren ersten Versuchen zeigen, daß diese zur Heilung der Spirillosen geeignet sind. Nach Bloch steht das Bi seiner Wirkung nach zwischen dem Neosalvarsan und dem Quecksilber, nach Müller, Levaditi, Felke u. a., ferner nach Guszman und Rubin, Lehner und Radnai, Neuber verschwindet die Spirochäte aus den spezifischen Läsionen nach einer bzw. zwei Bi-Injektionen, d. h. nach 2—5 Tagen. Ob man nun dem Bi eine direkte spirillozide Wirkung zuschreibt, wie dies Schumacher vom Neosalvarsan annimmt, oder ob man seine Wirkung mit der des Quecksilbers, welches die Abwehrvorrichtung des Organismus steigern soll, in eine

---

[1]) Rubin und v. Szentkirályi, Ergänzung der Mitteilung „Experimentelle Untersuchungen über die Lebensdauer der Spirochaeta pallida unter Einwirkung verschiedener Behandlungsweisen". Derm. W., 1922, Bd. 74.

Digitized by Google

Reihe stellen will, die Bi-Präparate haben sich, soweit dies bei der Kürze der Zeit zu beurteilen ist, in der Luestherapie gut bewährt.

Das Wismut gelangte, wie jedes neu eingeführte Arzneimittel in den verschiedensten Formen in den Handel. Bei der Anfertigung der verschiedenen Präparate waren es besonders zwei Gesichtspunkte, welche die Chemiker vor Augen hatten; einerseits die schädlichen Nebenwirkungen des Bi ad minimum zu reduzieren, andererseits die spezifisch angreifende Wirkung des Bi bzw. die Steigerung der Abwehrkraft des Organismus, so weit als möglich zu vergrößern. Im Sinne dieses Zieles wurde den ursprünglich nur verschiedene Bi-Salze in Lösung oder Suspension enthaltenden Präparaten organisches Arsen (Sezary und Pomaret), ferner Chinin und Jod („Quinby") beigemengt. Nach Hermann und Nathan (Kl. W., 1924, Nr. 27 und 28) hat die Verbesserung der Bi-Therapie den Zweck der . . . „Resorptionserleichterung und optimalen Dispergierung des Wismutsalzes vom intramuskulären Depot aus, gleichzeitig erhaltene Beständigkeit des Moleküls, Umgehung wasserlöslicher Komplexsalzbildung".

Nachdem schon Levaditi und seine Mitarbeiter beobachtet hatten, daß sich Bi-Salze in Lipoiden leichter lösen, haben Hermann und Nathan neben Jod und Chinin auch eine Verbindung mit Lezithin empfohlen. Durch diese Verbindung wird einerseits die stark giftige wässerige Lösung vermieden, andererseits gelingt die Dispergierung des Bi besser. Die Kontrollversuche der genannten Autoren gaben ihrer Annahme vollständig recht, sie fanden nämlich, daß die Wirkung eine wesentlich andere ist, wenn man Bi allein oder ein Bi-Lezithinpräparat verwendet. Um die Spirochäten aus den Läsionen zum Schwinden zu bringen, brauchte man: 4,5 ccm „Quinby", das entspricht einer absoluten Bi-Menge von 0,135 g. Nach Eingabe von 0,04 g Lezithin brauchte man bloß 1,3 ccm, d. h. 0,039 g absoluter Bi-Menge, nach 0,15 g Lezithin nur 0,75—1,0 ccm, d. h. 0,0225—0,03 g absoluter Bi-Menge.

Meine Untersuchungen habe ich mit dem Neobismosalvan, einer Lezithin-Jod-Chinin-Bi-Verbindung (hergestellt von der Chem.-Pharm. Fabrik G. Richter, Budapest) ausgeführt. Das Neobismosalvan enthält 50% Jod-Chinin-Bi und 50% Lezithin. Das trockene Präparat ist orangegelb, in Lipoiden gut suspendierbar, zum Teil löslich. Die Ölsuspension des Präparats enthält in 1 ccm 0,1 g wirksame Substanz.

Das Krankenmaterial zu meinen Untersuchungen bestand aus weiblichen Kranken im Alter von 18—28 Jahren mit sekundär syphilitischen Erscheinungen und sonst negativem Organbefund, die vorher entweder gar nicht oder nur unwesentlich behandelt worden waren. Das Reizserum zu den Untersuchungen wurde von den nässenden Papeln der Genitalgegend entnommen. Zweck der Untersuchungen war das Studium der Auffindbarkeit und Lebensdauer der Spirochaeta pallida nach dem Prinzip und Verfahren, wie wir es 1921 mit Rubin angewendet hatten. Das Reizserum wurde sofort nach der Entnahme auf einen Objektträger gebracht, mit einem Deckgläschen bedeckt und unter Paraffinabschluß gegen Austrocknung bewahrt. Untersuchung im Dunkelfeld. Aufbewahrung der Präparate in einer lichtundurchlässigen Pappschachtel.

Zum näheren Verständnis des Ganges der Untersuchungen diese folgende Krankengeschichte:

6. XI. 1925, Cs. M., 27 jähr. Dienstmädchen. Bisher nicht antiluetisch behandelt. Fleckiges Syphilid am Stamm, nässende Papeln an den großen Labien. WR ++++. 7. XI. im Reizserum aus den Papeln 25—30 Spirochäten im Gesichtsfeld. Mittags um 12 Uhr 1 ccm Neobismosalvan intraglut.; im nachmittags um 6 Uhr angefertigten Präparat sehr zahlreiche Spirochäten, welche bis zu 18 Stunden Lebensäußerungen aufweisen. Am 8. XI. vormittags um 10 Uhr nur 1—2 schwach bewegliche Spirochäten, welche nicht ganz eine Stunde lebendig bleiben, am Nachmittag um 6 Uhr desselben Tages ist der Spirochätenbefund negativ. Am 9. XI. Spirochäten negativ, um 12 Uhr 1 ccm Neobismosalvan. Am 10. XI. Spirochäten negativ, desgleichen am 11. XI. Die Epithalisierung der Papeln schreitet lebhaft vorwärts, das fleckige Exanthem ist abgeblaßt. Kranke erhält im ganzen 10 Neobismosalvaninjektionen (jeden zweiten Tag). Symptome vollständig geschwunden, WR bleibt ++++.

Unter ähnlichen äußeren Umständen habe ich noch 9 Kranke beobachtet und behandelt, mit dem Unterschied, daß vier von diesen jeden zweiten Tag nicht 1, sondern 2 ccm Neobismosalvan erhielten. Bezüglich der Spirochätenbefunde ergaben die letzteren dasselbe Resultat wie der oben geschilderte Fall, die Dosis von 2 ccm war also überflüssig, ja sogar schädlich, da diese Kranken schon nach der vierten Injek-

Digitized by Google

tion einen dunklen Bi-Saum hatten, bei einer Kranken begann sogar am Rande einer Molargoldkrone eine mäßig schmerzhafte Ulzeration. Bei einem Kranken verschwanden die Spirochäten erst nach der zweiten Injektion. Von diesem Falle abgesehen, verschwanden die Spirochäten aus den spezifischen Läsionen schon innerhalb der ersten 24 Stunden, die Lebensdauer der Spirochäten blieb in den ersten 12 Stunden unverändert, nahm aber in den zweiten 12 Stunden rapid ab.

Die Lebensdauer der Spirochäten bei der Quecksilber-, Neosalvarsan- und Lezithin-Wismut-Behandlung wird am augenfälligsten durch ein Grafikon dargestellt. Während die Lebensdauerkurve bei der Neosalvarsanbehandlung in 24 Stunden steil abfällt, braucht sie bei der Quecksilberbehandlung Tage oder oft auch Wochen, um die Nullinie zu erreichen. Die Kurve der Bi-Lezithintherapie steht zwischen diesen beiden, in den ersten 24 Stunden sinkt sie langsam, um dann steil abzufallen.

Nach obigem läßt sich sagen, daß meine Erfahrungen mit Neobismosalvan mit jenen von Hermann und Nathan mit dem „Quinby"-Lezithinpräparat vollkommen übereinstimmen.

Persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten

Von

Dr. Hans Merz in Basel

In Nr. 21 der Dermatologischen Wochenschrift 1926, veröffentlicht Prof. v. Notthafft einen „Beitrag zur persönlichen Verhütung der Geschlechtskrankheiten". Er beschreibt darin die günstigen prophylaktischen Wirkungen der Chinin-Quecksilbersalze (speziell des Präparates Dublosan), über die ich bereits 1923 berichtete. Ich habe damals erstmals ein Chinin-Hg-Salz in kolloidaler Suspension zu prophylaktischen Zwecken hergestellt und angewandt und auf die starke bakterizide und parasitrope Wirkung der Hg-Chininsalze aufmerksam gemacht, gestützt auf ausgedehnte bakteriologische und Tierversuche und praktische Erprobung an Patienten (Schweiz. m. W., 1923, Nr. 47). Meine damalige Arbeit enthält so ziemlich alles, was Notthafft über seine Erfahrungen sagt, so daß seine Beschreibung eine Bestätigung meiner vor 3 Jahren erfolgten Mitteilung ist.

Zwei Punkte möchte ich immerhin ergänzend erwähnen, die sich im Laufe der Zeit wichtig erwiesen haben.

1. Eine unangenehme Nebenerscheinung der Hg-Chininsalze sind die Reizungserscheinungen, die öfters auftreten, und die auch Notthafft erwähnt. Dieselben können recht schmerzhaft sein und deshalb hemmend auf die Anwendung des Mittels wirken. Sie klingen meistens nach wenigen Stunden bis einigen Tagen ab, können aber auch länger dauern und unter dem Bilde einer katarrhalischen Urethritis verlaufen. Also eine recht unangenehme Nebenwirkung.

2. Die Haltbarkeit. Diese ist keine absolute. Sie variiert entsprechend der Zuverlässigkeit der Verpackung und der Art der Aufbewahrung. Dadurch ist eine Herabsetzungsmöglichkeit der Desinfektionskraft gegeben, mit anderen Worten, die Wirkung des Mittels kann illusorisch werden, eine große Gefahr für die Vertrauensseligen.

Ich erwähne diese zwei Punkte, weil sie im Verlauf von 3 Jahren zu einer Erfahrungstatsache geworden sind und beweisen, daß trotz der großen Vorzüge der Hg-Chininkombination auch die jetzige Form noch nicht die wünschenswerte Sicherheit garantiert. Immerhin bedeuten diese Salze einen bemerkenswerten Fortschritt, so daß es gerechtfertigt ist, ihre prophylaktische Wirkung weiter auszubauen.

Digitized by Google

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

Sitzung vom 30. Oktober 1926

Krankendemonstrationen.

E. Hoffmann-Bonn: **Verrucosis generalisata** (vgl. Derm. Zschr., 1926, Bd. 48, S. 241), die als Epidermodysplasia verruciformis von Lewandowsky und Lutz beschrieben war. Eigenartige Hautverfassung (Seborrhoe) bei latenter Tuberkulose mag im Verein mit hämatogener Ausstreuung das eigentümliche und abweichende Bild veranlassen. Der Fall ist auf jede Therapie resistent — auch Warzenextrakt — Impfungen auf andere und die Patientin negativ.

Diskussion: Buschke weist auf den demonstrierten Knaben mit ausgedehnten harten Warzen an den Extremitäten und am Rumpf hin, die bereits seit einem Jahr behandelt jeder Therapie, auch Warzenextrakt, Röntgen, Radium Thallium, trotzen. Auffallend sind abortive Stellen, die histologisch Warzenstruktur aufweisen.

Ullmann-Wien bemerkt, daß der Hoffmannsche Fall sich auch klinisch von den übrigen Fällen generalisierter Warzenerkrankung unterscheidet.

Jadassohn: Trotz der klinischen und histologischen Analogien mit Verrucae durae scheint der Beweis der ätiologischen Identität doch noch nicht erbracht.

2. Habermann-Hamburg: 23jähr. Mann mit **Purpura annularis Majochi** an beiden Unterschenkeln. Annuläre Anordnung und histologischer Befund rechtfertigen keine scharfe Trennung von der Schamberg disease.

Diskussion: Arndt: Purpura Majochi und Schambergsche Krankheit sind absolut identisch. Arndt weist auf das von Gottron bei diesen Fällen gefundene Symptom der Hyperglobulie hin.

Bruhns gibt die allgemeine Ähnlichkeit zwischen Schambergscher Krankheit und Purpura teleang. annularis zu, hebt aber hervor, daß in dem von ihm vorgestellten Fall gar keine annulären Bildungen zu sehen seien, was doch für eine Verschiedenheit der Krankheitsbilder spreche.

O. Rosenthal und Zieler schließen sich Arndts Ansicht von der Identität der Purpura Majochi und Schambergscher Krankheit an.

Klingmüller ist für Trennung beider Krankheitsbilder. Die Erkrankungen an den Unterschenkeln zeigen primär Infiltrate, welche häufig lichenoid sich umgestalten, erst sekundär können Blutungen auftreten.

E. Hoffmann erinnert an die Hutchinsonschen Flecke, die Identität von Purpura Majochi und Schambergscher Krankheit scheint ihm noch nicht genügend erwiesen.

Arndt: Hutchinsonsche Flecke haben mit der Schambergschen Krankheit nichts zu tun.

3. Mulzer-Hamburg: Narbenbildender Prozeß an Stirn und Hinterhaupt. **Pseudopelade Broq?** bei einer 42jähr. Frau, die weder anamnestisch, noch serologisch Anzeichen von Lues aufweist.

Diskussion: Arndt: Nach der allgemeinen Ansicht handelt es sich um ein abgeheiltes tuberoserpiginöses Syphilid. Der histologische Befund ist ja oft uncharakteristisch. Liquoruntersuchung und Luetinreaktion können weitere Klarheit bringen.

4. Arndt (Universitätshautklinik): Fälle von Mykosis fungoides; universellem Exanthem; generalisierte oberflächliche Sklerodermie; papulo-nekrotische Tuberkulide; Lepra; Melanom des Gaumens; Pityriasis lichenoides, Granuloma annulare; Rosazea; Urticaria pigmentosa; Lichen scrophulosorum + Skrophuloderm; Akrodermatitis atrophicans; diffuse Sklerodermie; Akrodermatitis continua Halloupeau; Dermatitis herpetiformis; Lichen ruber planus; Lupus erythematodes; Lymphadenosis circumscripta; Pemphigus serpiginosus; Pemphigus vulgaris; Knochentuberkulose des Schädels und Lichen scrophulosorum; noduläres Tuberkulid beider Füße.

Schönfeld-Greifswald: Röntgenbilder von Kalkeinlagerungen der Haut an den Händen.

5. Buschke: A. Männer. a) Lichen ruber universalis mit besonderer Beteiligung der Handteller und Fußsohlen. — b) Karzinom der Schläfe, nach Totalexstirpation und

Digitized by Google

Transplantation. — c) Lupus elephantiasticus, mutilans et verrucosus. — d) und e) Zwei Fälle von multiplen Basalzellenepitheliomen. — f) Ausgedehnte Parrotsche Narben nach kongenitaler Lues bei einem erwachsenen Manne. — g) Lupus erythematodes; in der Chrysolganbehandlung; guter Heilungseffekt. — h) Diffuse knotige Lipomatosis, besonders an den Extremitäten. — i) Gegen jede Behandlung resistente Warzen. Versuch einer Kombinationstherapie von Thallium und Röntgen. — k) Dermatitis herpetiformis. — l) Strichförmiger Naevus flammeus.

B. Frauen. a) Morbus Darier. — b) Ausgedehnte Spontankeloide. — c) Lues III (tubero-serpiginosa) beider Unterschenkel. — d) Diffuse Sklerodermie und Atrichie. — e) Lichen obtusus. — f) Bowensche Dermatose. — g) Lupus erythematodes am Ende der Chrysolganbehandlung; guter Heilungserfolg. — h) Lichen scrophulosorum bei Lupus vulgaris und tuberkulösen (kalten) Abszessen. — i) Röntgenverbrennung 3. Grades in Abheilung.

C. Kinder. a) Asthma und Ekzem. — b) Dystrophia adiposo-genitalis. — c) Nävus Pringle + Recklinghausensche Krankheit + tuberöse Hirnsklerose. — d) Monilethrix, geheilt durch Thalliumepilation. Nachwachsen gesunder Haare. — e) Kavernome der Volarfläche der Finger. — f) Ausgedehnter Tierfellnävus. — g) Lupus disseminatus nach Masern. — h) Mikrosporie in der Thalliumepilation. — i) und k) Mikrosporie; geheilt; in der Regeneration nach Thalliumepilation. — l) Mikrosporie; geheilt; totale Regeneration nach Thalliumepilation.

Diskussion: Buschke weist auf das demonstrierte Kind mit Monilethrix hin. Hier ist durch Thallium aceticum (einmal 8 mg pro Kilo) eine Enthaarung erzielt worden und jetzt ist das Haarkleid bis auf einzelne kranke Haare normal regeneriert. Die Regeneration hält etwa 4 Monate vor. Ich bin trotzdem nicht optimistisch, zu glauben, daß eine Heilung vorliegt — wenngleich es nicht absolut unmöglich ist —, es ist von großem biologischem Interesse, daß der Follikel vorübergehend zu normaler Tätigkeit veranlaßt wurde. Bei demselben Falle wurde von Kuzentzky eine kleine Stelle durch Röntgenstrahlen epiliert — auch hier wurde das Haar zuerst normal, dann nach 4 Monaten wieder krank.

Arning-Hamburg begrüßt die Thalliumtherapie für die Fälle von Monilethrix; bei 2 Fällen versagte intensive Röntgenepilation.

Heuck hat bei 40 Kindern Thallium gegeben, 8 mg hält er für zu wenig. Der Zeitraum, in dem die Haare fehlen, wo die medikamentöse Behandlung energisch durchzuführen ist, ist bei 8 mg zu kurz, bei 10 mg größer. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

E. Hoffmann hat beim Erwachsenen mit Kombination von Röntgen und Thallium keinen befriedigenden Erfolg gehabt. Die Randhaare des Kopfes blieben stehen; sie sind auch gegen X-Strahlen unempfindlicher. Bei exakter Dosierung ist die Röntgenepilation (X bei 0,5 mm Filter) doch nicht so gefährlich, als Buschke meint.

Riecke erzielte bei 20—30 Fällen von Mikrosporie mit 0,008 g Thallium regelmäßig Alopezie. Nebenwirkungen in einer geringen Anzahl von Fällen in Form von mehr oder weniger lebhaften rheumatischen Schmerzen in den unteren Extremitäten und Knöchelödeme. Warum kann die Thalliumbehandlung nicht wiederholt werden?

Buschke: Eine Wiederholung des Thalliums ist frühestens nach 8 Wochen zu raten, da sonst Nebenerscheinungen auftreten können. B. hat es einmal ohne Nebenwirkungen getan. Peter hatte aber in einem Falle unangenehme Nebenerscheinungen (Chorea), die aber vorübergingen. Mit 8 mg sind wir immer ausgekommen, ich fürchte, daß bei 10 mg leichte Giftwirkungen auftreten können.

Für Erwachsene ist das Mittel jetzt noch nicht sehr geeignet, die Kombination mit Röntgen gelingt gelegentlich.

6. Bruhns zeigt: a) **Fall von Schambergscher Krankheit** (= Purpura annularis teleangiectodes Majocchi?) bei 35jähr. Buchhalter. Ausgedehnte braune Verfärbung fast genau symmetrisch an beiden Beinen, vorn und an den Seiten mehr diffus, namentlich an den Rückseiten bis hinauf zu den Glutäen mehr gruppierte punktförmige, nicht wegdrückbare hämorrhagische Flecken. Keine annuläre Anordnung. Keine Varizen. Die ganze Affektion hat sich in wenig mehr als einem Jahr entwickelt.

b) **Verrucae an den Nagelbetträndern.** 27jähr. Ingenieur mit dicht nebeneinandersitzenden Warzen, die den ganzen Rand des Nagelbettes fast aller Finger umgeben. Übertragung bei häufig stattgefundenen Verletzungen durch Maniküren vielleicht von einer auf dem Rücken des 4. Fingers sitzenden großen Warze.

Digitized by Google

c) **Impetigo herpetiformis bei einer Nichtgravida.** Die 44jähr. Frau hatte ihren ersten sehr schweren Ausbruch Herbst 1921, den zweiten leichteren Herbst 1923 (beschrieben Arch. Bd. 148), den dritten leichten jetzt vor kurzem an Axillae und Oberschenkeln. Menses zuletzt vor 2 Tagen.

d) **Erythrocyanosis crurum puellaris (Mendes da Costa)** oder Congelatio mit Perniones folliculares accuminati (Klingmüller)? 23jähr. Patientin. Beginn vor 9 Jahren mit Fleck erst auf dem einen, dann dem linken Fußrücken, bald Ausdehnung über die Unterschenkel. Keine ausgesprochene Erfrierung vorausgegangen. Juckt nie. Gelegentlich traten rote schmerzhafte Knoten auf.

e) **Lupus vulgaris disseminatus postexanthematicus.** 13jähr. Mädchen. Vor 4 Jahren Masern, sofort danach Auftreten der Lupusherde im Gesicht, an Armen und Beinen. Mikr. typischer Lup. vulg.

Diskussion zu 6d: Galewsky erwähnt einen Fall, der jahrelang als Erythrozyanosis in Behandlung stand und so schmerzhaft war, daß die Patientin erwerbsunfähig war. Erst unter Tuberkulin — die Kranke reagierte selbst auf Tuberkulin positiv — heilte die Affektion ab. Diese Fälle erscheinen schärfer abgegrenzt als die eigentlichen Erythrozyanosen.

Bruhns betont, daß die von ihm vorgestellte Patientin in der Tat tuberkulös gewesen sei. Gegen Erythema induratum spreche die diffuse Ausdehnung. Es sei noch unklar, inwieweit solche Fälle doch den von Klingmüller geschilderten Typen von Erfrierungen zuzusprechen seien.

Pulvermacher: Zwischen Erythrozyanosis (Schottmüller) und Erythema induratum muß streng geschieden werden.

Arndt erinnert an ähnliche von ihm früher demonstrierte Fälle.

Ullmann weist auf die Schwierigkeit der Rubrizierung dieser Krankheitsbilder hin.

Jadassohn glaubt doch, daß die Erythrozyanose an sich mit dem Erythema induratum nichts zu tun hat; sie geben die Disposition zu Pernionen; aber diese Zirkulationsstörungen können auch zu Erythema induratum führen, wenn Bazillen mobilisiert werden. Klinisch lassen sich Übergänge konstruieren, ätiologisch müssen sie aber geschieden werden. Bei den Erythrozyanosen spielen in einem gewissen Umfang endokrine Störungen (Fettsucht usw.) eine Rolle.

Klingmüller will die Rolle des Tuberkulosebazillus nicht erörtern. Die Pernionen treten besonders bei pastösen, fetten Mädchen, aber auch bei Knaben auf, überhaupt bei Tuberkulose, Anämie und Dystrophie. Histologisch erhebliche Veränderungen an den Gefäßen. Gewebsveränderungen stellen sich schwer wieder her. Wichtig sind die follikulären Veränderungen bis auf die Oberschenkel, Glutäen und Oberarme.

E. Hoffmann bestätigt, daß solche Fälle von Erythema pernio an Unterschenkeln bei pastösen Mädchen mit starkem Fettpolster vorkommen und therapeutisch doch beeinflußbar sind.

Galewsky betont ebenfalls Klingmüller gegenüber, daß Besserungen durch Ichthyol erzielt werden können.

7. Alexander zeigt Abbildungen von a) Dyshidrosis sicca lamellosa (Formen mit Pilzbefund und ohne Pilzbefund). — b) Nageltrichophytien mit Kulturen von Trich. rosaceum und Trich. gypseum granulosum. — c) Trichophytien der Handteller und Fußsohlen durch Kaufmann-Wolfschen Pilz.

8. Kadisch zeigt Darstellung und Tabellen seiner aktiven Schnellreaktion.

9. Ledermann: a) Mann mit Darierscher Krankheit. — b) Mann mit universeller Folliklis. Lungentuberkulose. — c) Frau mit Urticaria chronica recidiva cum pigmentatione. — d) Frau mit Menstruationsdermatitis, Knotenbildung mit tiefem Zerfall. — e) Mädchen mit Lues congenita. — f) Ausstellung farbiger Reproduktionen: α) Aquarelle; β) Dreifarbenphotographie; γ) Lumière; δ) Agfa. (Überblick der Entwicklung farbiger Reproduktionen im Dienste der Dermatologie).

10. Löhe: a) Lupus erythematodes bei Lues latens. Triphalbehandlung. — b) Lupus vulgaris bei einer 67jähr. Frau, seit 29 Jahren bestehend. — c) Lupus erythematodes, papulonekrotisches Tuberkulid am Gesicht und Kopf. Pirquet und WR ++++. Triphalbehandlung. — d) Epitheliom der Oberlippe, hochgradige Leukoplakie.

11. Heller: a) Kind mit fleckförmiger Sklerodermie der Wange. — b) Lichen ruber in Nävusform, rechte Brustseite bei 51jähr. Frau.

12. W. Fischer: Ausgedehntes doppelfaustgroßes **Aortenaneurysma** bei einem 44jähr. Mann, Auftreten eines sich hervorwölbenden Tumors (Röntgenbilder).

13. Else Wagner Katz: Zwei Fälle von Lupus erythematodes, durch Triphal geheilt.

Digitized by Google

14. Ulrich Saalfeld: Papillomata perionychiata beider Füße bei 22jähr. Frau.

15. Kleeberg: a) Mann mit ausgedehntem **papulo-nekrotischem Tuberkulid.** Lungen klinisch und röntgenologisch o. B.

b) Frau mit **Lupus erythematodes** beider Hände. Lungentuberkulose. Lues latens. WR —.

c) 55jähr. Frau mit **ulzeriertem Gumma** überkleinkindskopfgroßem Tumor am linken Unterschenkel, und tuberoserpiginösem Syphilid der Schulter, unter Wismut geheilt. Periost frei. (Röntgenbild und Photographien.)

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Japanese Journal of Dermatology and Urology

1926, Bd. 26, Nr. 2

Beitrag zur Pathogenese des Narbenkarzinoms, von P. Tow und M. Itoh, Derm. Univ.-Kl. Tokio. S. 3. In den 6 beschriebenen Fällen handelt es sich fast ausnahmslos um ausgedehnte Narben nach Verbrennungen. Die Narben waren 7—55 Jahre alt, als die ersten präkanzerösen Erscheinungen beobachtet wurden. Narben und Karzinom sind an den Extremitäten und am Kopf lokalisiert und waren fast alle eine gewisse Zeit vor Auftreten des Karzinoms mechanischen Reizungen ausgesetzt (Verletzungen, Auskratzung, Kontusion); die Konsistenz der Tumoren ist derb, die Größe überschreitet in keinem Falle die eines Handtellers. Der Beginn der Degeneration liegt in allen Fällen im Zentrum der Narbe, wo also die elastischen Fasern besonders stark atrophisch sind. Die verfrühte artifizielle Alterserscheinung des Gewebes bildet in diesen Fällen zweifellos den Boden für die Karzinombildung.

Champignons parasites de l'homme, von M. Ota-Nagoya. S. 33. (Japanisch.)

1926, Bd. 26, Nr. 3

Über eine besondere Art von Bubonen (sogenannten klimatischen Bubonen), von T. Hashimoto-Mukden. S. 5. In der Mandschurei werden Fälle von Bubonen beobachtet, deren Ätiologie unklar ist. Meist betrifft es Männer mittleren Alters. Wenn auch bei einigen Kranken die WR positiv war, so zeigten doch die enukleierten Drüsen in keinem Fall histologisch Anzeichen für Lues oder Tuberkulose. Je einmal ließen sich Streptokokken bzw. Staphylokokken aus der Drüse oder dem Eiter züchten. Jedoch ließen sich bei Impfversuchen mit diesen Kulturen keine Bubonen erzeugen, so daß Verf. der Ansicht ist, daß weder diese Bakterien noch die klimatischen Verhältnisse für die Entstehung dieser Bubonen ausschlaggebend sind, sondern die Ursache uns zur Zeit unbekannt ist.

Klinische und experimentelle Untersuchung über die durch die Giftraupe Dendrolimus verursachte Dermatitis und ihre Ursache. II. Mitteilung: Über das Gift des Stichhaares von Dendrolimus spectabilis, von H. Wada, Derm. Kl. Staatl. Med. Akad. Chiba. S. 6. Verf. hat weitere Versuche über den Chemismus dieses Giftes gemacht, das beim Menschen recht unangenehme und anhaltende Urtikaria verursacht. Hervorzuheben wäre, daß alle Immunisierungsversuche mit der Giftlösung negativ ausfielen, und daß das Gift weder ameisensäureartige Substanzen noch Kantharidin enthält. Gewonnen wurde die Giftlösung, indem von etwa 100000 Raupen die Stichhaare in absolutem Alkohol konserviert, getrocknet, zerrieben und mit Wasser extrahiert wurden. Mit dieser wässerigen Lösung läßt sich die Urtikaria gleichfalls hervorrufen.

The Present State of Radium Therapy Abroad (Der gegenwärtige Stand der Radiumtherapie im Ausland), von K. Dohi-Tokio. S. 7. Die im ganzen sehr befriedigenden Ergebnisse der Radiumtherapie lassen bei Tumoren im Körperinnern zu wünschen übrig. Seit Einführung der besonders in Frankreich und Belgien üblichen „Radium-

Digitized by Google

nadel" ist ein Fortschritt zu verzeichnen. Auch die Behandlung mit Emanation, wie Verf. sie im Curie-Institut in Paris und in den Vereinigten Staaten sah, ist wertvoll.

Über Schrammsches Phänomen, von G. Komaya, Derm.-urol. Univ.-Kl. Nagasaki. S. 12. Unter dem Schrammschen Phänomen versteht man folgendes: Bei paretischer Blase kann man bei einer bestimmten Stellung des Zystoskops die hintere Harnröhre sowie den Samenhügel mit dem einfachen Untersuchungszystoskop sehen. Dies gelingt aber nur bei Kranken mit nachweisbarer Spinalerkrankung. Verf. beobachtete dies Phänomen bei einem großen Krankenmaterial nur in 2 Fällen. In dem einen Fall ergab die Untersuchung des Internisten: Tabes, im zweiten Fall: Myelitis chronica dorsalis. Diese Beobachtungen sprechen dafür, daß dies Phänomen wohl zur Diagnosenstellung verwertbar und weiter nachzuprüfen ist.

1926, Bd. 26, Nr. 4

Über die Serum- und Fermentreaktionen bei Lepra (Pri l'Seroreakcio kaj Fermentoreakcio de Lepro), von H. Sakurai-Tokio. S. 9. (Esperanto.) Systematische Blutuntersuchungen bei einer großen Zahl von Leprakranken, sowohl mit Nervenlepra als auch mit der tuberösen Form ergaben in etwa der Hälfte der Fälle nach der einen oder der anderen der angewandten Reaktionen ein positives Ergebnis, und zwar häufiger bei der tuberösen Form, ohne daß Syphilis vorlag. Diese Ergebnisse sind zwar auffallend und bemerkenswert, aber zur Zeit noch nicht genügend geklärt, um sie für die Diagnose verwerten zu können.

Note sommaire sur les trichophyties dans les provinces de Kiushiu et dans les îles de Liukiu et sur deux espèces nouvelles de dermophytes: Trichophyton coccineum et Bodinia spadix n. sp. (Bericht über die Trichophytien in der Provinz Kiuschiu und auf der Insel Liukiu sowie über zwei neue Arten von Dermophyton: Tr. cocc. und Bodinia spadix n. sp.), von Y. Katô, Derm. Univ.-Kl. Nagasaki. S. 11. In den genannten Gegenden hat Verf. etwa 200 Fälle von Pilzkrankheiten studiert und hat als Erreger 10 der bereits bekannten Formen kulturell und mikroskopisch diagnostizieren können. In einigen Fällen von Herpes tonsurans, von Dyshidrosis und Onychomykosis fand er nicht die üblichen Erreger, sondern es zeigten sich, besonders kulturell, Abweichungen, die Verf. veranlaßten, eine neue Dermophytonart anzunehmen: Trichophyton coccineum. In einem einzigen Fall zeigten sich in einer Affektion des behaarten Kopfes bei einem Kinde auch noch Besonderheiten. Klinisch mußte man an eine durch Bodinia violacea hervorgerufene Affektion denken, die sich aber so leicht überimpfen ließ, wie es bei Bod. viol. nie gelingt. Bei allen Versuchstieren (Meerschweinchen, Kaninchen, Hund, Katze) blieb der Ektothrixcharakter erhalten. Die Kulturen sind breiter und dünner als bei Bod. viol. Verf. möchte sie mit dem Namen Bodinia spadix benennen.

Über die Ekzemtherapie mit Bromstrontiumglukose, von S. Minami, Univ.-Hautkl. Okayama. S. 17. Die von Löwenfeld angewandte Bromstrontiumglukose gegen Ekzem, besonders bei akuten Fällen, wirkt besser als Bromnatrium oder Bromnatrium und Chlorkalzium. Bei der Injektion zeigten sich außer dem Hitzegefühl keinerlei Nebenerscheinungen.

Über die Malariatherapie der Syphilis, von Y. Tomioka-Tokio. S. 20. Günstige Erfolge besonders bei Paralyse, aber auch bei frischer Lues. Es wird besonders darauf hingewiesen, daß bei der Impfmalaria die Gametenbildung sehr gering und somit auch die Gefahr gering ist, daß der Malariageimpfte zur Infektionsquelle für Gesunde wird.

A. de Lemos-Hamburg.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1926, Bd. 38, Nr. 8/9

The Chloracetic Acids: A Biochemical Study (Die Chloressigsäuren: eine biochemische Studie), von H. Leslie Roberts-Liverpool. S. 323. Die Trichloressigsäure ist seit 1905 als histologisches Fixierungsmittel bekannt, das Eiweiß und Muzin zum Niederschlag bringt, selbst in relativ große Gewebsmengen leicht eindringt und vorzüglich sich eignet, die Struktur epithelialer Organe zu demonstrieren. Therapeutische Verwendung bei senilen und seborrhoischen Warzen, spitzen Kondylomen, in der Laryngologie bei der Behandlung der Vincentschen Krankheit und anderer Mandelaffektionen. Ein besonders charakteristisches Merkmal ist ihr starkes Lösungsver-

Digitized by Google

mögen für alle Proteine, Fette usw., so daß feste Hautstücke in wenigen Tagen zu einer dünnen, durchsichtigen Membran verwandelt werden. Weiterhin werden besprochen die Ionisation, die Proteinpräzitipitierungsreaktionen, die Oxydations-Reduktion, zu deren Studium die Kartoffel ein besonders geeignetes Mittel darstellt, die Reaktionen mit Kohlehydratgeweben (süßen Äpfeln und anderen Früchten), Zellulosen, Stärken, Gummi- und Zuckerlösungen. (Fortsetzung folgt.)

Subcutaneous Calcareous Nodules (Subkutane kalkartige Knoten), von W. J. Oliver. S. 335. 20jähr. Arbeiter. Zahlreiche in und unter der Haut gelegene Knoten und Knötchen von Erbsen- bis Taubeneigröße, gruppenweise hauptsächlich um die Ellbogen, Knie und linkes Handgelenk gelagert. Entwicklung der Knoten in 5—6 Jahren. Die meisten sind fest und hart, einige weicher, während zwei große Gebilde über dem unteren Ende des linken Ulnarrandes Fluktuation zeigen. Histologisch stellen sich die Knoten als Fettpartikel dar, die nekrotisiertes, verkalktes, in Kapseln dichten fibrösen Gewebes eingeschlossenes Gebilde enthalten. Die meisten der Tumoren liegen augenscheinlich im Haut- und Unterhautzellgewebe, während die radiographischen Aufnahmen zeigen, daß andere mit den Sehnenscheiden oder den Faszien an ihren Insertionsstellen verbunden sind. Bezüglich der Ätiologie dieser Affektion hat dieser Fall keinerlei Aufschluß zu geben vermocht; in diesem wie in allen aus der Literatur bekannten Fällen war das Fehlen von Mikroorganismen eine ausgeprägte Erscheinung. Während nur Kalziumkarbonat als Inhalt der Tumoren in manchen Fällen nachgewiesen wurde, zeigte die Mehrzahl derselben sowohl kohlensauren wie phosphorsauren Kalk.

1926, Bd. 38, Nr. 10

Self-Inflicted Hysterical Lesions of the Skin, with Special Reference to the After-History (Hysterische Selbstverletzungen, mit spezieller Beziehung auf die Nachgeschichte), von H. Mac Cormac. S. 371. Bei den vom Verf. beobachteten 10 Fällen handelte es sich nur um unverheiratete weibliche Pat. im Alter von 7—26, einer von 30 Jahren; 5 waren Dienstmädchen und 2 lebten zu Hause ohne eine Beschäftigung. Zeichen von Hysterie, wie Anästhesie des Gaumens und Unempfindlichkeit der Haut, wurden in der Hälfte der Fälle beobachtet. Die Dauer der Eruption war in einigen Fällen bemerkenswert (in 4 Fällen über 4 Jahre, in anderen 5—10 Monate). Die Hautveränderungen bestanden meist in roten Flecken, auch Blasen an verschiedenen Körperstellen, und kamen unter einfacher Behandlung meist in 15—35 Tagen zur Heilung. Die Seltenheit dieser hysterischen Hautaffektionen in einem späteren Alter als 25 Jahre führt Verf. darauf zurück, daß diese Neigung zu Selbstverletzungen in der späteren Lebenszeit nicht von Bestand ist.

The Chloracetic Acids: A Biochemical Study (Die Chloressigsäuren: eine biochemische Studie), von H. L. Roberts-Liverpool. S. 375. (Fortsetzung und Schluß.) In dem zweiten Teil der Arbeit werden die Reaktionen der normalen Haut und verschiedener pathologischer Zustände mit Mono-, Di- und Trichloressigsäure, Eisessig usw. beschrieben. Die Trichloressigsäure hat sowohl hydrophile wie oleophile Eigenschaften. Die Lipoidlöslichkeit ist um so größer, je konzentrierter sie ist. Bei Oxydationsreduktionsvorgängen wirkt sie nicht infolge spezieller Affinität zum Sauerstoff, sondern durch ihre wasserentziehende Fähigkeit. Therapeutisch kommt sie besonders bei Ulcus rodens und anderen Epithelgeschwülsten in Betracht. M. Stern-München.

Journal d'Urologie

1926, Bd. 22, Nr. 1

Sur la valeur de la créatininémie dans l'étude des fonctions rénales (Über den Wert der Kreatininämie für das Studium der Nierenfunktionen), von S. Rolando-Genua. S. 5.

Pyélonéphrite atrophique (Pyelonephritis atrophicans), von R. Broglio. S. 8.

A propos de la technique de l'épreuve de la P. S. P. en chirurgie urinaire (Zur Technik der Phenolsulfophtaleinprobe in der urologischen Chirurgie), von H. Blanc-Bordeaux. S. 17.

De la cystite syphilitique (Über syphilitische Zystitis), von A. Avramovici-Bukarest. S. 26. Bei einer Pat., die 3 Jahre zuvor eine Roseola specifica gehabt und eine kombinierte Kur durchgemacht hatte, stellten sich zystitische Beschwerden ein.

Digitized by Google

Eine Zystoskopie zeigte in der Blase kleine Ekchymosen, Injektion der Gefäße am Blasenhals und kleine unregelmäßig gerandete, gelblich getönte Ulzerationen in dieser Gegend. Daß es sich nicht um eine banale Zystitis, sondern um sekundäre Erscheinungen der Lues handelte, ging aus der Unwirksamkeit der gewöhnlichen Therapie und dem prompten Erfolg der spezifischen Behandlung hervor.

Traitement des épididymites gonococciques par la diathermie (Behandlung blennorrhoischer Epididymitiden mittels Diathermie), von P. E. Roucayrol. S. 32. Beschreibung eines Instrumentariums, mittels dessen Penis, Skrotum mit den Hoden und Nebenhoden und die Urethra diathermisiert werden können. Der Verf. glaubt auch, daß die Behauptung übertrieben sei, daß bei doppelseitiger Epipidymitis Azoospermie die obligate Folge sei.

Un cas de fracture du penis (Ein Fall von Penisfraktur), von R. Redi, Chir. Univ.-Kl. Siena. S. 36. Die Fraktur kam dadurch zustande, daß der 20jähr. Pat. sich mit erigiertem Penis mit seiner Bauchseite flach auf sein Bett warf. Nur teilweise Kontinuitätstrennungen, keine Ischurie, keine Hämaturie. Therapie: Eisapplikation und Ruhigstellung durch Kartonstreifen. Allmähliche vollkommene Heilung.

Sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique avec recherches de laboratoire complètes (Über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie mit vollkommenen Laboratoriumsuntersuchungen), von L. Strominger und M. Gottfried-Bukarest. S. 45.

Cowpérite calculeuse (Cowperitis calculosa), von M. Laquière und R. Bouchard-Paris. S. 47. 48jähr. Mann, der über Schmerzen am Damm klagt. Hier findet sich an der Skrotalwurzel ein median gelegener, nicht verschieblicher Tumor, der mit der darüber gelegenen Haut leicht verwachsen ist. Bei der Operation zeigt sich, daß die Harnröhre intakt ist; der Tumor selbst stellt einen mit eitriger Flüssigkeit gefüllten Sack dar, der, von sklerotischem Gewebe umgeben, 25—30 kleine Steine enthält. Die eigentliche Tasche liegt etwas lateral von der Urethra. Resektion, glatte Heilung. Der Sitz der Tasche, ihre Unabhängigkeit von der Harnröhre, die Wandstruktur der Höhlung sprechen dafür, daß es sich um eine Cowpersche Drüse handelt, in der es nach einer Infektion zu Phosphatniederschlägen gekommen ist. Die perineale Infiltration ist die Folge der periglandulären Ausbreitung der Infektion. E. Sklarz-Berlin.

Archives of Dermatology and Syphilology

1926, Bd. 14, Nr. 4

Alleged Stimulation of Autonomic Nervous System in Arsphenamine Reactions (Wie verhält es sich mit der Erregung des autonomen Nervensystems bei Salvarsanreaktionen?), von P. J. Hanzlik und C. H. Thienes-San Francisco. S. 382. Verff. benutzten zu ihren Experimenten als Organe Darm und Uterus von Kaninchen und Katzen, zum Teil machten sie Versuche am unversehrten gesunden Tier. Sie tauchten nach der Magnusschen Streifenmethode glatte Muskulatur in ein warmes Bad, zu dem sie Arsphenamin 1:12000 bis 1:5000 zusetzten. Mit Hilfe von Medikamenten, die direkt aufs autonome Nervensystem wirken, konnten Verff. feststellen, daß Arsphenamin und Neoarsphenamin nicht das autonome Nervensystem des Ernährungstraktus und des Uterus erregen. Eine gewisse direkte Muskelerregung des exzidierten Kaninchenkolons durch Neoarsphenamin konnte festgestellt werden. Auf Grund ihrer Beobachtungen ist nach Verff. die Hypothese, daß der angioneurotische Symptomenkomplex nach Salvarsan durch eine Erregung des autonomen Nervensystems hervorgerufen wird, nicht haltbar.

Generalized Telangiectasia: A Clinical Study with Special Consideration of Etiology and Pathology (Generalisierte Teleangiektasien: Eine klinische Beobachtung mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie und Pathologie), von S. W. Becker-Rochester, Minn. S. 387. 7 Fälle. Verf. hat außerdem die bisher bekannte Literatur tabellarisch zusammengestellt und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Ätiologisch lassen sich diese Teleangiektasien, die man bei Frauen häufiger als bei Männern und meist in der zweiten Lebenshälfte findet, in drei Gruppen trennen: solche neurogenen, mechanischen und toxischen Ursprungs. Die mechanische Behinderung des Kapillarkreislaufs wird meist durch Entzündungen oder arterielle Spasmen hervorgerufen. Eine Ursache läßt sich bei genauem Studium immer finden. Oft kommen mehrere Einwirkungen zusammen. Die Seltenheit der Fälle und die Einfachheit der auslösenden Ursachen läßt eine erbliche Disposition vermuten. Die nichthereditäre Gruppe mit Be-

Digitized by Google

fallensein der Schleimhäute ist möglicherweise ein Beispiel für indirekte Vererbung. Die Prognose ist dubiös. Die Therapie muß nach der Ursache fahnden.

The Treatment of Syphilis According to Jacques de Bethencourt, 1527: Extracts from the French Translation by Alfred Fournier, 1871. Translated into English (Die Behandlung der Syphilis nach Jacques de Bethencourt, 1527: Auszüge aus der französischen Übersetzung von Alfred Fournier, 1871. Übersetzt ins Englische), von B. B. Beeson-Chicago. S. 427. „Eine neue fastenähnliche Buße und sühnende Reinigung zum Gebrauch der Patienten mit der Französischen Krankheit oder Lustseuche." B. kennt die Übertragung durch Berührung und die Vererbung derselben auf die Kinder. Den Verlauf der Syphilis hat er sehr genau beobachtet. Seine Erfahrungen decken sich ziemlich mit den heute bekannten Symptomen. Seine pathologischen Vorstellungen sind folgende: Ist der „vorherrschende Humor" die Galle, so bilden sich erhabene, gelbliche Papeln. Ist es das Blut, so ist der Ausschlag flach und hellrot; ist es der Nasenschleim, so ist der Ausschlag blaß und wenig widerstandsfähig. Vor der Behandlung erhält der Pat. reichlich Abführmittel. Seine Diät wird herabgesetzt. Während der 30—40 Tage dauernden stundenweisen Schwitzkur erhält der Pat. Abkochungen mit Guajak oder eine Schmierkur mit Quecksilber, wobei nur die Extremitäten eingerieben werden, um edle Organe nicht in Gefahr zu bringen. Zum Hg wird das Öl des Lorbeerbaums gemischt, „damit die Nerven nicht angegriffen werden". Geistige Arbeit wird untersagt. Die Diät bleibt streng auch nach der Kur. Die Prognose wird mit großer Vorsicht gestellt und vor allzu geringer Behandlung gewarnt, weil die Rückfälle danach schlimmer sind als die ursprüngliche Erkrankung.

Urobilinogen Determination in Treated Syphilitic Patients (Die Urobilinogenbestimmung bei behandelten syphilitischen Patienten), von H. Brown und S. S. Greenbaum-Philadelphia. S. 434. Nach der Methode von Wallace und Diamond wurde der Urin syphilitischer behandelter Pat. auf Urobilinogen untersucht, um eine Leberschädigung festzustellen. Gleichzeitig fand eine Bilirubinbestimmung des Blutes nach van den Bergh statt. 500 Bestimmungen von über 100 Pat., die meist Wismut und Salvarsan erhielten, ergaben, daß weder Wismut noch Salvarsan einen schädigenden Einfluß auf die Leber ausübt, wenn die Urobilinogenausscheidung als Indikator genommen wird. Selbst bei vorhandenem Ikterus ergab die Urobilinogenausscheidung keine einwandfreien Resultate. Andererseits erhielt man hohe Werte in Fällen, bei denen überhaupt keine Leberschädigung nach klinischer Beobachtung vorlag.

Is Aphthous Stomatitis Due to the Virus of Herpes Simplex (Wird aphthöse Stomatitis durch das Virus des Herpes simplex verursacht?), von H. J. Templeton-Oakland, Kalif. S. 439. Goodpasture und Teague haben Herpesvirus auf Kaninchenkornea mit Erfolg überimpft. In wenigen Tagen entwickelte sich Keratitis und Enzephalitis. Verf. hat von Stomatitis aphtosa Impfungen auf Kaninchenkornea vorgenommen und nicht die geringste Wirkung gesehen. Er zieht die Schlußfolgerung, daß Stomatitis aphtosa und Herpes simplex ganz verschiedene Dinge sind.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Bücherbesprechungen

Mastzellen, von A. Holländer. (Enzyklopädie der mikroskopischen Technik, Bd. 2, S. 1355—1361, 3. Aufl., Berlin 1926.) Besprechung der bisherigen Untersuchungen über Mastzellen. Schilderung von Morphologie, Vorkommen, physiologischer Bedeutung und Biologie der Mastzellen. Eigene chromolytische Untersuchungen, zu denen Schnauzen ausgewachsener Ratten, die außerordentlich reich an Mastzellen sind, verwandt wurden. Es kam besonders darauf an, festzustellen, ob Säuren regelmäßig die Mastzellgranula erhalten, oder ob es auch Säuren gibt, die imstande sind, Granula aufzulösen. Sehr wahrscheinlich hat die Säure, die wir in den Mastzellen anzunehmen haben, von außen an die Mastzellen herangebracht, keinen lösenden und vernichtenden Einfluß, während, wenn irgend eine Säure löst, wohl mit Sicherheit anzunehmen ist, daß diese keinen Bestandteil der Mastzellen selbst bildet. Salpetersäure, Salzsäure und Milchsäure lösen die Mastzellgranula auf, während Essigsäure, Ortophosphorsäure und Schwefelsäure keine Auflösung bewirken. Von diesen 3 Säuren haben Phosphorsäure und Schwefelsäure großen Wert für die Fragestellung, weil sie auch sonst im Körper ziemlich weit verbreitet sind. Wenn es sich um Ortophosphorsäure handelte, müßten die chemischen

Digitized by Google

Reaktionen auf diese Säure möglicherweise Aufschluß geben. Diese Reaktionen hatten ein negatives Ergebnis. Wahrscheinlich ist — wie auch im Knorpel — die Schwefelsäure die Ursache der sauren Reaktion der Mastzellen. Alle Mastzellfärbungen werden bei weitem von der von P. G. Unna eingeführten Mastzellenfärbung mit blauem Polychrom übertroffen. Neben den verschiedenen Arten des Protoplasmas werden die Mastzellgranula zugleich in metachromatischer Färbung in scharfem Kontrast zum übrigen Gewebe rot dargestellt. Gleichzeitig wird die Differentialdiagnose zwischen Mastzellen (rot) und Plasmazellen (blau) sehr erleichtert. Zur metachromatischen Färbung der Mastzellen neben Plasmazellen und Protoplasma dienen: Unnas Färbung mit blauem Polychrom-Glyzerinäther und blauem polychrom-spirituösem-neutralem Orzein. Isolierte metachromatische Färbung der Mastzellen in sehr schwach gefärbtem Gewebe erfolgt durch blaue Polychrom-Alaunfärbung (Unna). Die Schwenter-Trachslersche Färbung (blauer Polychrom-Alaunalkohol) schließt die Auflösung der Mastzellenkörner während ihrer Sichtbarmachung durch die alkalische blaue Polychromlösung aus. Mit der Färbung Blaues-Polychrom-2%ige Essigsäure (A. Holländer) werden die einzelnen Granula innerhalb der Mastzellen, Kern und Kernkörperchen schön zur Darstellung gebracht. Eine Tabelle über die Leistung der verschiedenen Färbungen ist beigefügt.

A. Holländer-Bielefeld.

Le traitement de la syphilis en clientèle (Syphilisbehandlung in der Praxis), von H. Gougerot. (4. Aufl., Verlag Maloine & Fils, Paris 1927.) Das rühmlichst bekannte Werk Gougerots hat auch in der soeben erschienenen 4. Auflage seinen Charakter bewahrt, dem Praktiker ein zuverlässiger und erschöpfend auskunftgebender Führer zu sein. Auch der Facharzt wird daraus sehr viel lernen können, zumal G. mit großem didaktischem Geschick nicht nur durch die zahlreich verschlungenen Pfade der Syphilistherapie leitet, sondern auch mit großer Klarheit die wichtigsten Fragen der Pathologie und Diagnose herausgearbeitet hat. Die neue Auflage berücksichtigt die neuesten Errungenschaften: Vanadium, Stovarsol usw. Offenbar mit Absicht wird die noch im Versuchsstadium befindliche Malariatherapie etwas stiefmütterlich behandelt. Sehr interessant sind die Ausführungen über den Stand der Serodiagnose und die hohe Bewertung der in Frankreich allgemein anerkannten Aktivuntersuchung, die bei uns noch eine viel zu geringe Beachtung gefunden hat. Daß das für den französischen Arzt bestimmte Werk in erster Linie die französischen therapeutischen Präparate und die französische Literatur berücksichtigt, ist nicht verwunderlich. Würde der Verf. sich entschließen, weitere Auflagen etwas mehr zu „internationalisieren", so könnte man dem ausgezeichneten Buche eine Übersetzung in andere Sprachen nur wünschen. Die 22 farbigen Abbildungen sind zum großen Teil brauchbar. Der größte Teil der 93 schwarzen Bilder könnte ohne Verlust wegbleiben.

C. Bruck-Altona.

Die akuten eitrigen Infektionen in der Chirurgie und ihre Behandlung, von A. Buzello-Greifswald. (Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin 1926.) Als Hilfsbuch für den chirurgischen klinischen Unterricht an der Universität ist das vorliegende Werk vom Verf. gedacht. Es ist aber mehr als das. In klarer, knapper und doch erschöpfender Form ist das große Gebiet scharf gegliedert dargestellt. Die modernen Behandlungsmethoden — die Proteintherapie, die Vakzintherapie, die Chemotherapie und Röntgenbestrahlung — sind weitgehend berücksichtigt. Besonders dankenswert ist, daß der Verf. bei aller gebührenden Würdigung der modernen Methoden die alte, klassische Behandlung überall in den Vordergrund gestellt hat. Das ist besonders wertvoll für den draußen arbeitenden Praktiker, der heute leicht in die Gefahr kommt, den richtigen Zeitpunkt zum chirurgischen Vorgehen zu verpassen. So wird gerade für den Allgemeinpraktiker das Werk ein willkommener Berater sein. Außer vielen Photographien unterstützen eine Anzahl von E. Häger-Greifswald, nach der Natur gefertigter, bunter Aquarelle den Text. Der Verlag hat dem Buch eine ganz vorzügliche Ausstattung gegeben.

F. Landauer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Proteinkörpertherapie und vegetatives Nervensystem, von J. v. Lukacs, Univ.-Kinderkl. Hainiss-Szeged. (W. kl. W., 1926, Nr. 31, S. 885.) Es wird ausgeführt, daß sich die nach unspezifischer Proteinkörpertherapie beobachteten Erscheinungen als

Digitized by Google

Äußerungen einer Alteration des vegetativen Nervensystems auffassen lassen. Der unspezifische Reiz bewirkt eine vorübergehende parasympathikotonische Phase (Schüttelfrost, Untertemperatur, Hypotonie, Leukopenie, Thrombopenie, Alkalose usw.). Auf diese kurz dauernde I. Phase folgt die anhaltende, charakteristische sympathikotonische, die sich äußert in Fieber, Tachykardie, Hypertonie, Leukozytose, Thrombozytose, Hyperglykämie, Azidose u. a. Die I. Phase wird als eine Kompensationsbestrebung des Organismus gegenüber der Gleichgewichtsstörung aufgefaßt. E. Schröpl-Prag.

Über die Reiztherapie bei Hautkrankheiten, von G. Nagy-Szeged. (Budapesti Orvosi Ujság, 1926, Nr. 38.) An der Universitäts-Hautklinik in Szeged wurden in 400 Fällen bei den verschiedensten Hautaffektionen sozusagen alle zu diesem Zwecke empfohlenen Mittel angewendet. Im allgemeinen waren die Ergebnisse recht gute, obzwar auch bei Verwendung desselben Mittels und bei Krankheiten derselben Ätiologie kein einheitlicher Heilerfolg zu verzeichnen war. Die Meinung des Verf. schließt sich jener von Martins an, wonach die Reiztherapie bei Hautkrankheiten keine großen Erfolge aufweisen kann, immerhin aber ein wichtiger Heilfaktor bleibt.
K. v. Berde-Szeged.

L'action des protéines par voie intradermique dans certaines infections (Die Wirkung intradermal verabfolgter Proteine bei gewissen Infektionen), von Th. Mironesco und G. Farcasch. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 21, S. 127.) Mironesco und Farcasch prüfen alte Untersuchungen von E. F. Müller, Hoff, Vollmer usw. über die Wirkung intrakutaner Injektionen nach und können an Hand einiger Versuche mit Antistreptokokkenvakzine beim Erysipel und nur Eigenblut an Stelle der Vakzine bei Masern nach 45 Minuten ein Abfallen der Leukozyten, ein Ansteigen des Kochsalzgehaltes im Blut, Verminderung des Kochsalzgehaltes im Urin, Herabsetzen des Blutzuckers feststellen. Die therapeutischen Resultate waren gut.
R. Hölscher-Hamburg.

Staphar in der Kinderpraxis, von K. Stern-Fürth i. B. (M. m. W., 1926, Nr. 40, S. 1658.) Außerordentlich günstige Wirkung bei Kindern, und zwar in Fällen von Furunkeln, Karbunkeln, Pyodermien, Abszessen, Akne und, was bemerkenswert ist, auch bei Ekzemen, besonders den impetiginösen. Behandelt wurden 55 Kinder im Alter von $3^1/_2$—10 Jahren. Dosis 0,25—2,5 ccm. Geringe Nebenerscheinungen bis auf einen Fall, der hohes Fieber bekam. Man kann das Staphar auch bei Säuglingen anwenden und scheue nicht vor großen Dosen zurück, wenn kleine keinen Erfolg zeigen.
H. Colman-Berlin.

Zur Reizkörpertherapie mit Yatren-Casein, von H. Ziemann-Charlottenburg. (M. Kl., 1926, Nr. 41, S. 1573.) Im Gegensatz zu anderen Mitteln, z. B. Caseosan, wurden bei der intravenösen Anwendung von Yatren-Casein keine unangenehmen anaphylaktischen Erscheinungen beobachtet. Erforderlich ist vorsichtige Dosierung, beginnend mit Yatren-Casein schwach $^1/_2$—1 ccm, alle 2—3 Tage allmählich bis auf 2—3 ccm Yatren-Casein stark steigend. Gute Erfolge u. a. bei allgemeiner Furunkulose bzw. Schweißdrüsenabszessen der Achselhöhle, Sklerodermie, Ekzemen, Stomatitis ulcerosa.
E. Levin-Berlin.

Allergische Hautkrankheiten, desensibilisierende Behandlungsmethoden, von L. Herz-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 27.) Bei Urtikaria- und Prurigofällen gibt Verf. $^1/_2$ Stunde vor der Seruminjektion $^1/_2$—1 ccm, um den Chok zu vermeiden. Bei Eigenblutbehandlung ist die Desensibilisierung nicht nötig. Bei Milchinjektionen fängt er subkutan mit 0,3—0.5 ccm an und steigt täglich um 0,1 ccm. Über 1 ccm macht er nur intramuskuläre Injektionen. Bei Säuglingen mit Skrofulose benutzt er Muttermilch. Oft gelang es ihm, Heilung zu erreichen, aber zumeist hielt die Heilung nur während der Injektionen an. Nach Aufhören der Behandlung sah er oft Rezidive, auch nach 20 Injektionen. M. Porosz-Budapest.

Über die Möglichkeit von Schädigungen durch Proteinkörperinjektionen, von O. Laufer-Prag. (M. Kl., 1926, Nr. 36, S. 1366—1367.) Es wurden unerträgliche Steigerung gastrischer Krisen eines Tabikers nach Phlogetan, Verschlimmerung chronischer Polyarthritis durch Sufrogel, akute Hämatemesis bei Ulcus duodeni nach Novoprotin, Verschlimmerung einer Endocarditis lenta nach Autovakzine beobachtet. Es ist die Proteinkörpertherapie nicht als indifferent zu betrachten und stets — besonders bei intravenösen Einspritzungen — mit vorsichtig tastender Dosierung vorzugehen.
E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Terpentinöltherapie mit Olyptol, von M. Kärcher-Kaiserslautern. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 33, S. 817.) Olyptol (Verbindung des Terpentinöls mit

Digitized by Google

Eukupin und Eukalyptol) wurde bei verschiedenen Haut- und inneren Erkrankungen sowie Komplikationen der Blennorrhoe mit gutem Erfolge angewendet. Eine nach den Injektionen eintretende starke Hyperleukozytose und Steigerung der Diurese erscheint namentlich für die Therapie der Nieren- und Blasenleiden von Bedeutung.

E. Levin-Berlin.

Die biologischen Eigenschaften der Haut und die hormokutane Salbenbehandlung der Rachitis, von M. Lévai, Institut für Bakt. und Hyg, Budapest. (W. kl. W., 1926, Nr. 35, S. 985.) Ausgehend von der von Langstein und Vollmer angegebenen hormokutanen Therapie der Rachitis, sucht Verf. dieselbe auf theoretisch-experimenteller Grundlage einer Kritik zu unterwerfen. Die Rachitis ist eine Stoffwechselerkrankung (chronische Infektion, Autointoxikation), die stets zu einer Azidose führt, die den Grund für die Ossifikationsstörung darstellt. Innersekretorische Störungen sind eher Folgen der Erkrankung, wofür sich jedoch keine objektiven Beweise anführen lassen. Die Haut hat gewisse biologische Fähigkeiten, die eine Voraussetzung für hormokutane Salbenbehandlung bilden können, da intrakutane Applikation qualitativ und quantitativ anders wirkt als sonstige Einverleibung hormonaler Substanzen. Zu bezweifeln ist, ob die Hormone bei der Herstellung der Hormonsalben keine Änderung erfahren. Falls sie trotzdem ungestört das Hautinnere erreichen, ist es auf Grund zahlreicher indirekter Tierversuche, bei denen Blutzuckerschwankungen bei subkutaner, intravenöser und intrakutaner Einverleibung von Hormonen und Kombinationen derselben untersucht wurden, zweifelhaft, ob aus dem Hautinneren Hormone oder Hormonkombinationen typisch pharmakodynamisch wirken können. Verf. bezweifelt nicht die günstigen Resultate der hormokutanen Rachitistherapie, spricht ihr jedoch eine spezifische Wirkung ab.

Samek-Prag.

„Basocav", eine neue Spritze für Injektionen in die Ellenbeugenvenen, von O. Hirsch-Tabor-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1926, Nr. 42, S. 1749.) Verf. hat die von Loeb angegebene exzentrische Spritze dadurch verbessert, daß er sie mit zwei konkaven Metallstützen, die der Konvexität des Unterarms aufliegen, versehen hat. Erhöhung der Injektionssicherheit und auch der Sterilhaltung der äußeren Spritzenteile. (1 Abb.)

H. Colman-Berlin.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Über einen Fall von akuter Thalliumvergiftung beim Menschen nebst weiteren Beobachtungen bei der klinischen Verwendung des Thalliums, von A. Buschke, B. Peiser und E. Klopstock, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 37, S. 1550.) Es handelt sich um einen 34jähr. Pat. von 75 kg Körpergewicht, der in selbstmörderischer Absicht 0,75 g Thalliumnitrat getrunken hatte. Am nächsten Tage stellten sich Störungen von seiten des Nervensystems (Schmerzen in den Beinen, besonders im Verlauf der Nn. ischiadici und peronei, Taubheitsgefühl in den Fingerspitzen, daneben deutliche Myalgie in Waden- und Oberschenkelmuskulatur) und des Digestionstraktus (Achylia, spastische Colitis, Obstipation, Erbrechen) ein. Alopezie setzte erst in der dritten Woche ein. Verschont blieben nur die inneren Teile der Augenbrauen und die Wimpern. Sämtliche Schädigungen des Organismus waren nur vorübergehender Natur. Thallium wird von Kindern besser vertragen als von Erwachsenen, bei denen entsprechende Dosen bereits toxisch wirken. Diese Verschiedenheit der Empfänglichkeit, die auch von anderen das vegetative Nervensystem angreifenden Pharmaka (Atropin, Pilokarpin, Adrenalin) bekannt ist, hängt vermutlich mit der während der Pubertät einsetzenden Umstellung des endokrin-vegetativen Systems zusammen.

F. Harry-Wiesbaden.

Über die durch Teer verursachten Veränderungen des Magens der Ratte, von L. Puhr-Budapest. (Zschr. f. Krebsforschg., 1926, Bd. 23, H. 6, S. 407.) Analog den Beobachtungen von Buschke und Langer sowie Buschke und Peiser über Veränderungen am Vormagen der Ratte nach Teer- bzw. Thalliumapplikation konnte Verf. die gleichen Wucherungserscheinungen sowie papillomatösen Bildungen an diesem Organ feststellen, wenn die Haut der Tiere eine Zeitlang mit Teer gepinselt worden war. Dabei zeigten sich an den betreffenden Hautpartien keine Erscheinungen, während der Beginn der Magenveränderungen etwa in die vierte Behandlungswoche fiel. Verf. nimmt eine direkte Wirkung des Teers auf den besonders disponierten Vormagen an, indem die Tiere sich den Teer von den betreffenden Hautstellen ablecken und verschlucken.

B. Peiser-Berlin.

Digitized by Google

The Intravenous Administration of Sodium Chloride in Bromoderma (Die intravenöse Kochsalztherapie bei Bromausschlägen), von P. E. Bechet-New York. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 5, S. 320.) Infolge der Vorliebe der Angelsachsen für bromhaltige „Patentmedizinen" gehören Hauterscheinungen durch Bromgebrauch in ihren Ländern nicht zu den Seltenheiten. Unter Mitteilung von drei Krankengeschichten empfiehlt der Verf. gegen Bromausschläge, zumal gegen kondylomatöse Formen, i. v.-Applikation von physiologischer NaCl-Lösung in Mengen von 100—200 ccm und mehr. Die Wirksamkeit der Therapie beruht auf der bekannten Tatsache, daß die Br-Ionen durch die Cl-Ionen des NaCl substituiert werden. Daher ist bei etwa bestehender Nephritis diese Behandlung kontraindiziert, in sonstigen Fällen aber durchaus wirksam und zu empfehlen. Literatur. F. Jacobsohn-Berlin.

Les bromurides (Bromexantheme), von L. Danel. (J. de Méd. de Paris, 1926, Nr. 37, S. 773—774.) Die Erscheinungen werden gewöhnlich durch Bromkalium, nicht durch Bromnatrium oder Brommammonium hervorgerufen, und zwar durch freigewordenes Brom; es sind toxische Eruptionen, denen gastrische Störungen meist vorausgehen. Beobachtet werden, und zwar hauptsächlich an den von der gewöhnlichen Akne bevorzugten Stellen, erythematöse und pustulöse Exantheme (Acne bromica), ferner Ekthyma und tuberös-wuchernde Formen seltener, aber sehr charakteristisch. Von diagnostischer Bedeutung ist das Vorkommen außer an den von Akne bevorzugten Stellen auch an den Beinen. E. Levin-Berlin.

Poisoning by Tobacco Applied to the Skin (Vergiftung durch das Auflegen von Tabak auf die Haut), von J. Deacon-London. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3418, S. 61.) Während des Krieges hat D. eine unter den italienischen Soldaten gangbare Methode, sich durch Krankheit vom Dienste zu drücken, kennengelernt. Man stellt zwei Toscani (stark nikotinhaltige, ordinäre Zigarren) auf ein paar Stunden in Wasser, legt in jede Achselhöhle eine davon und läßt sie über Nacht festgebunden liegen. Einen offenbar so behandelten, am Ende seines Urlaubs stehenden Soldaten fand D. am nächsten Morgen fiebernd (40° C), deutlich soporös, mit Rötung der Rachenschleimhaut und diffusem Erythem am Rumpf und an den Extremitäten vor. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Poisoning by Tobacco Applied to the Skin (Vergiftung durch das Auflegen von Tabak auf die Haut), von J. Ritchie. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3419, S. 116.) R. weist darauf hin, daß schon Foville (Influence des vêtements sur nos organes, Paris 1834) Fälle von Nikotinvergiftung bei Soldaten erwähnt, die ihre Erklärung darin fanden, daß es bei der Mannschaft üblich war, ihren Tabak auf dem Kopfe unter ihrem schweren, dicht schließenden Tschako zu verwahren. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sur un cas d'intoxication par la yohimbine et sur quelques phénomènes d'intolérance provoqués par cet alcaloide (Über einen Fall von Intoxikation durch Yohimbin und über einige durch dieses Alkaloid hervorgerufene Intoleranzerscheinungen), von M. Genty und Raymond-Hamet. (Progr. méd., 1926, Nr. 34, S. 1283—1284.) Der Fall von Intoxikation war dadurch zustande gekommen, daß eine Frau wegen Amenorrhoe versehentlich 100 mg Yohimbin genommen hatte; danach Erbrechen, anhaltende Übelkeit, Tachykardie, Schwindel, Mydriasis, Ohrensausen, kalter Schweiß, Ameisenlaufen an den Beinen, Polyurie. Keine genitale Erregung. Nach 24 Stunden waren die Erscheinungen geschwunden. In den drei Fällen von Intoleranz waren nach geringen Dosen vasomotorische Störungen aufgetreten. E. Levin-Berlin.

Dermites eczématiformes dues au port de fourrures teintes (Ekzemähnliche Dermatitiden infolge Tragens von gefärbten Pelzen), von G. Thibierge und J. Lacassagne. (Pr. méd., 1926, Nr. 64, S. 1009.) Gewöhnliche Kaninchenfelle werden gefärbt mit Paraphenylendiamin (Ursol), Paraminotriphenylamin, Paratoluendiamin und andere Amine. Die schädliche Wirkung dieses Mittels dauert Jahre. Als unterstützend kommt Disposition, Kälte, Schwitzen usw. hinzu. Allmählich Sensibilisierung der Haut und dadurch immer wieder Rezidive. Bestätigung der Diagnose durch Quaddelbildung mit dem Färbemittel. H. Colman-Berlin.

Die Meldepflicht der gewerblichen Berufskrankheiten vom Standpunkt des praktischen Dermatologen unter besonderer Berücksichtigung der Stellung der Gewerbeekzeme, von C. M. Hasselmann, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (M. m. W., 1926, Nr. 37, S. 1523.) In von sozialem Verständnis und Mitgefühl getragener Arbeit behandelt Verf. die unklaren, zum Teil willkürlichen Bestimmungen der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1923; die Richtlinien zu dieser Verordnung haben darüber, welche Krankheitszustände unter den Begriff der gewerblichen Berufskrankheiten fallen, eine bedauerliche Rechts-

Digitized by Google

unsicherheit aufkommen lassen. Sie greifen wahllos eine kleine Reihe von gewerblichen Schädigungen heraus, lassen aber viele andere gänzlich unberücksichtigt. Von meldepflichtigen Krankheiten im Sinne dieser Richtlinien kommen dem praktischen Dermatologen im wesentlichen nur drei zu Gesicht: Erkrankungen durch Arsen und seine Verbindungen, Erkrankungen durch Benzol und seine Homologen und Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und andere strahlende Energie. Die erste Kategorie ist in umfassender Weise ergriffen; von den Quecksilbervergiftungen sind wesentliche Symptome nicht erwähnt. Aus der großen Zahl der Benzolschädigungen ist nur eine verschwindende Anzahl genannt, während alle anderen Erkrankungen, vor allem die Masse der Gewerbeekzeme, nicht meldepflichtig sind und somit entschädigungslos ausgehen. In dieser Beziehung sind uns England und Amerika voraus. Die weiteren Ausführungen des Verf. behandeln die einschlägige Literatur, und er schließt sich der Telekyschen Ansicht an, daß die Liste der Gifte erweitert werden und vor allem die Gewerbeekzeme in die Meldepflicht einbezogen werden müssen; als Vorbild stellt er die englische Auffassung hin, daß „nicht der Arbeiter den Zusammenhang seiner Leiden mit der Berufstätigkeit zu beweisen hat, sondern dieser als gegeben gilt, solange nicht das Gegenteil nachgewiesen werden kann". M. Cohn-Dresden.

The Statistics, Definition and Clinical Aspects of the Occupational and Industrial Dermatitides (Statistik, Definition und Klinik der beruflichen und gewerblichen Dermatitiden), von M. Oppenheim-Wien. (J. of Industrial Hyg., 1925, Bd. 7, Nr. 9.) 3 Gruppen, die Toxikodermien, bei Überempfindlichkeit gegen kleinste Reize, die herdförmigen Dermatitiden, bei der Reizwirkung adäquaten Reizen, und das Ekzem, bei allergischem Verhalten des ganzen Hautorgans. Die gewerblichen Dermatosen machen nach eigener Zusammenstellung eines großen Materials etwa 20% aus. Kurze Darstellung der verschiedenen Theorien über die Entstehung des Ekzems und Besprechung der klinischen Merkmale. Auf die gewerblichen Ekzeme der Hände geht Verf. näher ein, wobei auch die Veränderungen der Fingernägel und die verschiedenen dabei beobachteten Sekundärinfektionen mit Eitererregern und Pilzen beschrieben werden. Zusammenstellung der Berufe, die zu Dermatitiden prädisponieren.

B. Peiser-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Alte und neue experimentelle Untersuchungen zur Wirkung des Lichtes, von H. Meyer, Strahleninst. Krankenanst. Bremen. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 2, S. 369.) Übersichtsvortrag über neuere und ältere Forschungen, die schon anderweitig veröffentlicht sind. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Über den Lichtschutz durch Tannin und verwandte Substanzen, von R. L. Mayer, Univ.-Hautkl. Breslau. (D. m. W., 1926, Nr. 35, S. 1469.) Auf experimentellem Wege wurde festgestellt, daß Tannin ein rein physikalisch wirkendes Lichtschutzmittel ist. Verf. hat Quarzschälchen von 6 cm Durchmesser mit je 1 ccm von verschieden starker alkoholischer Lösung der einzelnen Substanzen beschickt und über photographischem Papier mit der Quarzlampe bestrahlt. Man erhält auf diese Weise auf dem Papier zwei Schwärzungsgrade, einen äußeren dunkleren Rand, der als Maß der Strahlungsintensität dient, und einen hellen Kreis, dessen Schwärzung vom Absorptionsgrad der Lösung abhängig ist. Ein Vergleich der verschiedenen Stoffe ist nur bei Verwendung von isomolekularen und nicht gleichprozentigen Lösungen möglich. Das G- und R-Salz der β-Naphtholdisulfosäuren in der Antiluxsalbe haben ungefähr die gleiche Lichtschutzwirkung wie Tannin. F. Harry-Wiesbaden.

Strahlende Energie, Haut und Blutdruck, von G. Bucky und O. Manheimer, Hosp. Joint Diseases, New York. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 2, S. 264.) „Grenzstrahlen" nennen wir Strahlen, die mit einer Spannung von 6—12 K.V. erzeugt werden. Das bedeutet nach Glasser eine mittlere Wellenlänge von etwa 2,19—1,44 A.E. und einer Halbwertschicht von etwa 0,018—0,065 mm Aluminium und 0,26—0,91 mm Wasser. Diese Grenzstrahlen stehen bezüglich der Größenordnung ihrer Wellenlänge zwischen den Röntgenstrahlen und den Ultravioletts trahlen. Bei einer Spannung von 8 K.V. ist in einer Tiefe von 1,5 mm ungefähr nur noch mit 4—5% der einfallenden Strahlenenergie zu rechnen. Die Einwirkung der Grenzstrahlen auf das autonome System der Haut zeigt sich in einem Leukozytensturz. Diese nervös bedingte Leukozytenverschiebung verläuft unabhängig vom Blutdruck. Blutdruckschwankungen werden nur in physiologischen Grenzen beobachtet. Verff. kommen zu dem Schluß, daß die bei der

Digitized by Google

Tiefentherapie konstatierbaren Blutdruckschwankungen nicht von der Haut ausgelöst werden. Die Verschiedenheit der Hautreaktion nach Beeinflussung mit Grenzstrahlen bzw. den üblichen Röntgenstrahlen scheint demnach von der spezifischen Wellenlänge der Strahlung abzuhängen. E. Kottmaier-Mainz.

Ein Beitrag zum Wirkungsmechanismus harter Röntgenstrahlen, von J. Rahm und W. Koose, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 2, S. 195.) Die Auffassung, daß Röntgenstrahlen die Karzinomzellen direkt abtöten, wurde in den letzten Jahren von namhaften Autoren erfolgreich widerlegt, da sie nachweisen konnten, daß bösartige Mäusetumoren im Gewebe oder im Reagenzglas, wenn auch mit hohen Röntgendosen, bis 10 HED bestrahlt, sich dennoch weiterverimpfen ließen. Vielleicht handelt es sich um ein allgemeines Gesetz, daß isolierte Zellen und Gewebe widerstandsfähiger sind als im organischen Zusammenhange des unverletzten Tierkörpers lebende. Die Experimente lieferten folgende Ergebnisse: Explantiert bestrahlte Epidermis des Menschen und Haut der erwachsenen weißen Maus ist wesentlich weniger röntgenempfindlich als im Zusammenhange des unverletzten Körpers, wie sich im Anheilen des Gewebes erweisen läßt. Unter bestimmten Bedingungen geht von einem im Glase bestrahlten Mäusehautlappen eine tödliche Giftwirkung auf das transplantierte Tier aus. Verff. schlagen die Arbeitshypothese vor, daß als primärer Angriffspunkt der Röntgenstrahlen im Gewebe nicht so sehr die Zellveränderung selbst, als vielmehr die chemische Veränderung des interzellulären Mediums anzusehen sei. E. Kottmaier-Mainz.

Beitrag zur Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen, von H. Zacherl, Univ.-Frauenkl. Graz. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 2, S. 272.) An parabiotisch vereinigten Tieren wurde festgestellt, daß das bestrahlte Tier durch ein unter Einfluß der Röntgenintoxikation gebildetes Gift auch das nichtbestrahlte tötet. Diese Giftwirkung bringt eine kurzdauernde Leukozytose mit nachfolgender Leukopenie hervor und ist auch Ursache des starken Temperaturabfalles, der beim unbestrahlten Tier gleichfalls auftritt. Die Veränderungen des Blutbildes und der Temperatur sind die gleichen wie bei Eiweißzerfallsvergiftungen (Verbrennung, photodynamischer Lichttod), ebenso die Verschiebung des Eiweißstoffwechsels und die Änderungen im Kochsalzhaushalt. Anders sind im Parabioseversuch die auftretenden Diarrhoen zu werten. Da sie nur beim bestrahlten Tier auftreten, kann man sie nicht als Allgemeinintoxikation, sondern muß sie als lokale Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Magen-Darmtraktus deuten. Dies läßt den Schluß zu, daß außer der Allgemeinintoxikation auch Zellschädigung lebenswichtiger Organe durch die harte Strahlung am tödlichen Ausgang beteiligt sind. Fermentuntersuchungen ergaben nur im Spätstadium eine Steigerung der Peptidase. Der leichte Abfall des peptolytischen Indexes in den ersten Tagen nach der Bestrahlung trotz primär einsetzender Zellschädigung legt die Annahme einer Fermentzerstörung durch Röntgenstrahlen nahe. Die Eiweißzerfallsvergiftung gibt demnach keine volle Erklärung für die Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen. Es läßt sich nicht ausschließen, daß neben Eiweißzerfallsprodukten auch Stoffe eine Rolle spielen, die beim Zerfall von Lipoiden und Fetten entstehen. E. Kottmaier-Mainz.

Experimentelle Untersuchungen zur Frage der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen, von F. M. Groedel und E. Schneider-Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 3, S. 411.) Die Einzelzelle als solche (Hefezelle, Paramäzium, Pflanzensamen) ist gegen Röntgenstrahlen, selbst bei hoher Dosierung, praktisch so gut wie unempfindlich, wenn auch vielleicht bei kleinen Dosen eine gewisse Stimulierung (Vermehrung der Zellteilung) nicht von der Hand zu weisen ist. Experimente legten dar, daß Röntgenstrahlen die Zelle vermittels des sie umgebenden Mediums beeinflussen. Die in ihm enthaltenen Elektrolyte wirken anscheinend im Sinne von Katalysatoren. Dabei müssen sich in der Einzelzelle Vorgänge abspielen, die wir mit keiner unserer bisherigen Untersuchungsmethoden zu beobachten imstande sind. Entsprechend der schon von Natur aus komplizierten Zusammenarbeit der Einzelzellen im Organismus ist der Ablauf der Strahlung in diesem noch ungleich verwickelter und undurchsichtiger als bei der Einzelzelle. Deshalb hoffte man durch Strahlenbeeinflussung der Nahrung, welche ja schließlich neben Elektrolyten die Baustoffe und Energiequellen des Körpers enthält, aus der Änderung des Verhaltens der Versuchstiere tiefere Einblicke zu gewinnen. Man konnte an die Entstehung eines röntgenspezifischen Giftes in der Nahrung denken mit sekundärer Wirkung auf das Versuchstier. Allein es scheint sich die Überzeugung der Autoren zu bestätigen, daß es sich bei dem letalen Ausgang dieser Tierversuche um eine Avitaminose handeln müsse, da die Zufuhr vitaminöser Nahrung bei nicht allzu geschädigten Tieren trotz weiterer Darreichung bestrahlten Futters deren Wiedergesundung

Digitized by Google

herbeiführte, während, wie man annehmen muß, ein selbständiges „Gift" unabhängig von dem Vitamingehalt der Nahrung gewirkt hätte. E. Kottmaier-Mainz.

Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die roten Blutkörperchen, von F. Krömeke, Med. Univ.-Kl. Münster i. W. (D. m. W., 1926, Nr. 33, S. 1385.) Die Zahl der roten Blutkörperchen ist kein Maßstab für die Größe der Schädigung des Erythrozytenapparates, sie ist von verschiedenen anderen Momenten abhängig. Der Hämoglobingehalt dagegen nimmt ungefähr entsprechend der verabfolgten Strahlendosis ab. Einen besseren Einblick in die komplizierten, nach Bestrahlung im Erythrozytenapparat sich abspielenden Vorgänge erhält man durch Betrachtung der einzelnen Resistenzbilder zusammen mit gefärbten Blutausstrichen und Vitalpräparaten. 10 Tage nach der Bestrahlung tritt eine Resistenzvermehrung der gewaschenen Körperchen auf. Das bedeutet, daß eine ziemlich erhebliche Ausschwemmung jugendlicher Elemente stattgefunden hat, die im Blutausstrich noch nicht zu sehen sind. Allmählich zeigt sich in Blutausstrichen ein buntes Gemisch von Degenerations- und Regenerationserscheinungen. In günstig verlaufenden Fällen kehrt das mikroskopische Bild eher als die Resistenzkurve zur Norm zurück. Gewinnt die Noxe die Oberhand, so geht die Verschlechterung des Blutbildes parallel mit dem Grad der Resistenzvermehrung. Jede wirksame Röntgenbestrahlung wirkt schädigend auf den Erythrozytenapparat. Die Folgen werden bei kleinen und mittleren Dosen durch erhöhte Regeneration ausgeglichen, sind aber bei großen Dosen absolut deletär. F. Harry-Wiesbaden.

Über den Einfluß der Röntgenbestrahlung auf gewisse Bestandteile des Blutes, von A. Gigon und M. Lüdin, Med. Univ.-Polikl. u. Inst. f. physikal. Ther. d. Bürgersp. Basel. (Schw. m. W., 1926, Nr. 33, S. 814—816.) Im Verfolg früherer Untersuchungen an Gesunden wurden Versuche an Kranken mit Lymphogranulom, Leberkarzinom, Mediastinaltumor, Anämie, Gallenblasen-Leberkarzinom, Leukämie, Hirntumor, chronischer Arthritis in der Weise ausgeführt, daß den Pat. des Morgens nüchtern die ersten Blutproben entnommen wurden; darauf erfolgte die Bestrahlung eines Körperteiles, 1 Stunde danach eine zweite Blutentnahme und 6 Stunden nach der Bestrahlung, während die Pat. bis dahin nüchtern blieben, eine dritte. Änderungen des Gesamt-C und Gesamt-N verliefen stets gleichsinnig, was dafür spricht, daß die Eiweißkomponenten des Blutes hauptsächlich durch die Bestrahlung beeinflußt werden, während der Wassergehalt des Blutes sich umgekehrt zum Kohlenstoffgehalt verhält. Bei den einzelnen Pat. war die Reaktion (Sinken, Steigen, Gleichbleiben von C und N) eine verschiedene, wofür wahrscheinlich verschiedene ursächliche Momente in Betracht kommen. E. Levin-Berlin.

Untersuchungen über den Einfluß von Röntgenstrahlen auf Kapillaren, von O. David-Frankfurt a. M. (Strahlenther.. 1926, Bd. 23, H. 2, S. 366.) Durch Kapillarmikrosporie, durch Untersuchung der künstlichen Durchströmung überlebender Organe und histologische Untersuchungen kommt der Verf. zu folgender Schlußfolgerung: 1. Die Röntgenstrahlen wirken in erster Linie auf die kontraktilen Elemente der Kapillarwand. 2. Manchmal kommt es zu nur funktionellen Störung dieser Zellen ohne sichtbare anatomische Veränderungen. 3. Viele Spätschädigungen nach Röntgenbestrahlungen beruhen auf Störungen der Gefäßfunktion, so daß die vereinzelten Zellen sekundären Schädigungen nicht gewachsen sind. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Die Röntgenbestrahlung der akuten Entzündungen, von O. Kingreen, Chir. Univ.-Kl. Greifswald. (D. Zschr. f. Chir., 1926, Bd. 197, H. 1/6, S. 10—17.) Die Wirkungen der Röntgenstrahlen bei akuten Entzündungen ähneln denen der Proteinkörper; dazu kommt noch eine örtlich nach der Bestrahlung auftretende Hyperämie. In Verbindung mit ihr tritt zunächst gewöhnlich eine Steigerung der Schmerzen ein, die nach mehreren Stunden abklingt. Es kommt entweder zu vollkommener Abheilung oder zu Einschmelzung im Zentrum der Entzündung, die unter Umständen nachfolgende Operation erfordert. Gute Erfolge liefern die Furunkel, obwohl Kupierung frischen Furunkels nicht gelang; ebenso Schweißdrüsenabszesse, bei denen jedoch Rezidive nicht zu vermeiden waren. Karbunkel eignen sich nur bedingt für die Bestrahlung, Exzision im Gesunden folgte stets nach. Gut reagieren Erysipeloide, noch besser sind die Erfolge bei blennorrhoischen Gelenkentzündungen. Bei akuter Lymphadenitis wird kaum mehr erreicht als mit anderen konservativen Methoden. E. Levin-Berlin.

Über Röntgenbestrahlung akuter Entzündungen, von R. Schüler, Allg. Krkhs. Bad Homburg. (M. m. W., 1926, Nr. 38, S. 1580.) In 10% der behandelten Fälle wurden bemerkenswerte Erfolge rascher Heilung erzielt. Besonders scheinen geeignet

Digitized by Google

akute entzündliche Infiltrate, Erysipel, Furunkel, Dermatitis, die gut auf harte Strahlen bei $^1/_2$ cm Kupferfilter und $^1/_4$—$^1/_5$ HED ansprachen. H. Lippert-Köln.

Ein neues Behandlungsverfahren akroangioneurotischer Affektionen. (Vorläufige Mitteilung), von J. Borak, Ztr.-Röntgen-Inst. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 39, S. 1830.) Durch Röntgenbestrahlung des Rückenmarks wurden Erfolge erzielt bei Akroparästhesien im Klimakterium, Morbus Raynaud, Gangraena pedis u. a. Es wurden durchschnittlich drei Bestrahlungen von $^1/_8$ HED bei 0,5 mm Zn-Filter in Intervallen von je 8 Tagen ausgeführt. Das Verfahren wird vielleicht dort indiziert sein, wo man bisher die periarterielle Sympathektomie anwandte. E. Schröpl-Prag.

Über Röntgenbestrahlungen von Bubonen, von W. Curth, Derm. Abt. Rudolf-Virch.-Krkhs. Berlin. (M. Kl., 1926, Nr. 43, S. 1646—1647.) Als wirksame Dosis ergab sich $^1/_5$—$^1/_4$ HED unter 3 mm Al. bei 8—9 Wehnelt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 18 Tage gegen früher 33. Kombination mit Alkoholumschlägen oder Wärme erwies sich nicht vorteilhaft. Ähnliche Erfolge auch bei Furunkeln, Karbunkeln, Schweißdrüsenabszessen. E. Levin-Berlin.

Bisherige Erfahrungen in der Röntgentherapie der Karzinome bei Kombination der Röntgenstrahlen mit intravenösen Dextroseinjektionen, von E. G. Mayer, Ztr.-Röntgen-Inst. Allg. Krkhs. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 33, S. 1519.) Verf. hat versucht, die Wirkung der Röntgenbestrahlung der Karzinome dadurch zu verstärken, daß er vor jeder Bestrahlung dem Pat. eine intravenöse Injektion von 10 ccm einer 10—15%igen Traubenzuckerlösung, meistens 33% Osmose, machte. Wenn die Beobachtungszeit auch noch sehr kurz ist, so glaubt er doch eine Verstärkung der Röntgenwirkung feststellen zu können, und zwar wurden auch hier die Karzinome der verschiedensten Lokalisation um so besser beeinflußt, je strahlenempfindlicher sie waren. Es kommt also nur zu einer Verstärkung der Röntgenstrahlenwirkung und nicht zu einer Änderung des Einflusses. E. Langer-Berlin.

Zur Frage der Strahlenresistenz der Melanome, von G. Miescher, Dermatol. Univ.-Kl. Zürich. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 32, S. 788—790.) Das Gesetz, wonach die Strahlensensibilität dem karyokinetischen Vermögen proportional ist, hat sich im allgemeinen bewährt. Es beruht darauf die gute Beeinflußbarkeit der Neubildungen, womit die anscheinende Strahlenresistenz der Melanome in Widerspruch steht. Tatsächlich ist das jedoch nicht der Fall. Die Melanome, die zu den Pigmentnävi sicher in einer nahen Verwandtschaft stehen, zeigen nämlich in jungen, frisch wachsenden Tumoren zwar das Bild intensivster Zellproliferation, daneben aber Partien, in denen eine auffallende Teilungsruhe zu herrschen scheint. Ganz gering ist aber die Proliferationstätigkeit in den Metastasen. Sie sind dann gewissermaßen in einem Ruhestadium, in dem sie auf ihren früheren Nävuszellcharakter zurückgehen. In diesen Stadien ist daher die geringe Strahlensensibilität erklärlich; im Jugendstadium fehlt sie indessen nicht, und es ist eine gute Beeinflussung des Melanoms in diesem durchaus nicht ausgeschlossen. Allerdings muß auch im wachsenden Melanom bereits mit Ruheinseln gerechnet werden, so daß der ablehnende Standpunkt in der Strahlenbehandlung der Melanome zu Recht bestehen bleibt. E. Levin-Berlin.

Über die temporäre Röntgenmenolipsierung (temporäre Röntgenkastration), von H. Guthmann und O. Bott, Univ.-Frauenkl. Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 3, S. 488.) Verff. berichten über mehrere hundert Fälle, die sie temporär sterilisierten. Die Menolipsierung wurde erst herangezogen, als alle konservativen Behandlungsmethoden versagten und die Fortdauer der Periode sichtlich ungünstig auf den Krankheitszustand einwirkte. Gegeben wurde auf je zwei Felder mit anatomischem Tubus pro Ovar 25—30% der HED. Beim Bestrahlen im 2. Intermenstruum mußte man öfters mit noch 1—3 Perioden rechnen. Die Dauer der Amenorrhoe hing von der Höhe der Dosis und vom Alter der Patientin ab. Nach der Amenorrhoe traten die Menses teils wieder regelmäßig, d. h. im Typ der voramenorrhoischen Blutungen, ein, teils eine Zeitlang atypisch. Nur in einer kleinen Anzahl der Fälle blieben sie dauernd unregelmäßig. Ausfallserscheinungen wurden beobachtet: kaum wahrnehmbare in 15,3%, geringe in 23,5%, starke, aber nicht hindernde in 54,1%, stark belästigende in 7,1% der Fälle. Nie wurde durch die Amenorrhoe an sich eine Verschlechterung des Grundleidens hervorgerufen. Blennorrhoische Adnexitiden zeigten während der Amenorrhoe Besserung, doch trat nach dieser wieder Verschlechterung ein, wenn nicht ununterbrochen spezifisch weiterbehandelt worden war. Gut bis sehr gut war der Erfolg bei Lungentuberkulose und tuberkulösen Adnexitiden. Mit am besten reagierten ovarielle Blutungen; bei Pubertätsblutungen war die Menostasierung die ultima ratio. Bei Myomen

Digitized by Google

kommt die temporäre Sterilisierung dann in Frage, wenn auf weitere Konzeption Wert gelegt und die operative Enukleierung abgelehnt wird. Überraschend gut waren die Resultate bei Osteomalazie. Keimschädigungen konnten bis jetzt mit Sicherheit nicht nachgewiesen werden. Verff. sahen nach der Amenorrhoe Konzeption und Geburt gesunder Kinder. Doch halten sie, wenn einmal bei übersehener jugendlicher Schwangerschaft bestrahlt wurde, die Unterbrechung der Schwangerschaft für indiziert.
E. Kottmaier-Mainz.

Zur Hauterythemfrage, von L. Schall, Kinderabt. Landeskrkhs. Homburg-Saar. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 2, S. 354.) An Hand großer Untersuchungsreihen von Kindern und Erwachsenen und durch Aufstellung übersichtlicher Tabellen kommt der Verf. zu dem Schlusse, daß vor allem die Beobachtung des gesamten Reaktionsablaufes notwendig ist, daß infolge der individuellen Schwankungen der Intensität des Erythems und der Pigmentierung eine Klärung der Beziehung zwischen der physikalischen Dosis und der HED nicht zu erwarten ist, daß kleinere Dosendifferenzen auch bei Messung des Reaktionsablaufes nicht feststellbar sind, und daß zwischen dem Schwellenwert der physikalischen Dosis keine konstantere Beziehung besteht als zwischen dieser und dem Reaktionsablauf. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Study of Skin Reactions After Divided Roentgen-Ray Dosage (Untersuchung der Hautreaktion nach Röntgenbestrahlung mit verteilten Dosen), von W. Stenström und W. L. Mattick-New York. (Am. J. of Roentgenology, 1926, Bd. 15, Nr. 6, S. 513.) Um den Einfluß der Dosenverteilung über mehrere Tage auf die Gesamtreaktion der Haut zu untersuchen, wurden bei sechs Pat. zwei Felder von 10×15 cm bestrahlt. Das eine Feld erhielt eine Volldosis auf einmal; bei dem anderen Feld wurden in verschiedenen Intervallen von 2—6 Tagen Dosen appliziert, die insgesamt 120—150% der vollen Hautdosis ausmachten. Es ergab sich, daß die Reaktion der Haut bei verteilter Dosis im allgemeinen unter der Reaktion bei einmaliger Applikation der Volldosis blieb. Wurden 140% der Hautdosis über 10 und 150% über 14 Tage verteilt, so wurde annähernd dieselbe Reaktion erreicht wie von einer in einer Sitzung gegebenen Volldosis. Es konnte eine Kurve aufgestellt werden, aus welcher sich ergab, mit wieviel Prozent der Hautdosis eine bestimmte Zeit nach der Applikation der Volldosis nachbestrahlt werden konnte, um die volle Wirkung wieder zu erreichen (Saturationsdosis). In einer Reihe von Fällen wurden 20—30% der Hautdosis pro Woche 2—3mal nach der ersten Bestrahlung hinterher gegeben, ohne daß nachteilige Hautwirkungen gesehen wurden. Obgleich nach den theoretischen Vorstellungen über das Abklingen der Nachwirkung einer Bestrahlung eine wöchentliche Nachbestrahlung mit 20—30% der Hautdosis beliebig lange wiederholt werden konnte, warnen die Verff. dennoch vor einer längeren Fortsetzung der Saturationsmethode. H. Holthusen-Hamburg.

Entstehung und Entfernung der oberflächlichen Gefäßektasien nach Röntgen- und Radium-Mesothoriumbestrahlungen, von J. Fabry, Hautkl. d. Städt. Krankenanst. Dortmund. (M. Kl., 1926, Nr. 37, S. 408—409.) Die Gefäßektasien gehören meist zu den Spätschädigungen, verursacht durch die durch die Strahlung hervorgerufene Atrophie der oberflächlichen Epidermisschichten und eine sekundäre Gefäßproliferation. Spontane Rückbildung ist nicht möglich. Beseitigung gelingt so, daß nach Anästhesierung des zu behandelnden Bezirkes mit Novokain-Adrenalin die Gefäßästchen durch an verschiedenen etwas voneinander entfernten Stellen aufgesetzten Galvanokauter (indirekter, zu feinster nadelförmiger Spitze ausgezogener Brenner, kaum glühend) verödet werden. Die Gefahr der Spätröntgendermatitis mit Gefäßektasien liegt auch bei oberflächlichen Bestrahlungen vor; es soll nur im Notfalle auf dieselbe Stelle innerhalb eines Jahres die zweite volle Erythemdosis gegeben werden. E. Levin-Berlin.

Zur Therapie des Röntgenulkus, von A. v. Tempsky, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (Bruns Beitr., 1926, Bd. 137, H. 4, S. 577.) Die aus 18 Fällen der Küttnerschen Klinik gewonnenen Erfahrungen bestätigen die theoretische Überlegung, daß Röntgenspätulzera mit ihrer schwer geschädigten Umgebung durch operatives Vorgehen (breite Exzision, Plastik) schnell geheilt werden würden. Mit dieser aktiven Methode wird auch am besten dem sonst sicher eintretenden Morphinismus vorgebeugt. W. Curth-Berlin.

Über Behandlung von Röntgengeschwüren, von E. Sonntag, Chir. Univ.-Polikl. Leipzig. (D. m. W., 1926, Nr. 40, S. 1687.) Die sicherste und schnellste Behandlung des Röntgengeschwürs ist die chirurgische. Die Operation darf jedoch erst dann ausgeführt werden, wenn die Nekrose demarkiert und das Geschwür gereinigt ist. Andererseits soll man wegen der starken Schmerzen und der Karzinomgefahr nicht zu lange

Digitized by Google

warten. Für gewisse Fälle, namentlich bei Geschwüren im Gesicht und an den Händen, kommt nur die konservative Behandlung in Betracht. F. Harry-Wiesbaden

Über die Entstehung von Röntgenschädigungen außerhalb des Bestrahlungsfeldes, von S. Schoenhof, Deutsche Derm. Klin. Prag. (M. Kl., 1926, Nr. 42, S. 1597 bis 1599.) Die Diagnose von durch abirrende Strahlen bewirkten Röntgenschädigungen ist oft schwierig, besonders, wenn keine entsprechende Anamnese vorliegt. Derartige unbeabsichtigte Bestrahlungen ungeschützter Stellen kommen besonders bei Glühkathodenröhren, jedoch, wenn auch seltener, auch bei Ionenröhren vor. Besonders können aus dem Schlitz des Röhrenkastens ungewollte Strahlen austreten; es ist deshalb exakte Abdeckung des ganzen Pat. zu fordern. E. Levin-Berlin.

Welchen Forderungen müssen Strahlenschutzröhren unbedingt genügen, damit sie nicht eine Gefahr für den Arzt und seine Hilfskräfte werden? von R. Thaller-Hamburg. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1926, Bd. 35, H. 1, S. 85—89.) Strahlenschutzröhren müssen die vagabundierenden Strahlen unbedingt abhalten. Es wurden vergleichende Untersuchungen mittels photographischer Aufnahmen zwischen der Selbstschutzröhre von C. H. F. Müller und der Phönix-Radion-Strahlenschutzröhre angestellt, wobei sich ergab, daß erstere diesen Anforderungen genügt, während die letztere noch einen Rest vagabundierender Strahlen besonders nach unten austreten läßt.
E. Levin-Berlin.

Die ultravioletten Strahlen der Quarzlampe und ihre Anwendungsgebiete, von F. Förster-Berlin. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 20, S. 653.) Eine gemeinverständliche Darlegung der physikalischen Grundlagen und der Anwendungsarten des Quarzlampenlichtes. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Zur Biologie des Ultravioletttlichts. III. Mitteilung: Die Reaktion der menschlichen Haut auf die Ultraviolettlichtbestrahlung (Erythemablauf), von Schall und H. J. Alius, Chir. Univ.-Kl. Tübingen. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 1, S. 161.) Eine Bestrahlung mit 100% der HSE ergab 0—40 Rötungsgrade bei verschiedenen Personen. Die Latenzzeit, d. h. die Zeit bis zum Auftreten der ersten Rötung, betrug 1—7 Stunden. Je früher die Rötung auftritt, desto stärkeren Grad erreicht sie. Der ganze Ablauf des Erythems gestaltet sich bei jedem Individuum verschieden. Zwei Typen der Rötungskurve waren öfters zu beobachten: ein Gipfeltyp, der einen steilen Anstieg und einen steilen Abfall zeigte und ein Plateautyp, der langsam aufstieg und langsam abfiel. Ein und dieselbe Versuchsperson zeigte stets denselben Typ der Rötungskurve. Das Maximum der Rötung trat meist nach 6—9 Stunden auf. Aus dem Auftreten des Erythems nach 24 Stunden ließen sich keine Regeln aufstellen, wertvoller waren die Beobachtungen nach 7 Stunden. Im Erythemablauf war nicht selten ein Wellencharakter zu beobachten. Eine Beziehung zwischen Habitus des Untersuchenden und den verschiedenartigen Rötungsgraden festzustellen, gelang nur selten. So waren zwischen der Farbe des Auges oder des Haares und dem Erythem keine Abhängigkeit zu finden. Am empfindlichsten scheint der blonde Typ, wenn er gleichzeitig eine rosige weiße Haut aufweist im Gegensatz zum brünetten Typ, sofern er eine pigmentierte Haut hat. Eine höhere Hautempfindlichkeit bei Säuglingen und Kindern konnte nicht festgestellt werden. Die Verff. wollen weniger Neues bringen als objektives Material bekanntgeben, das leicht nachgeprüft werden kann und wichtig ist zur Beurteilung des ganzen Fragenkomplexes. E. Hornemann-Lüneburg.

Quarzlicht und Hautreizbestrahlung, von Thedering-Oldenburg. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1926, Nr. 21, S. 698.) Unter Reizbestrahlung versteht der Verf. eine Bestrahlung mit kleinen und kleinsten Lichtdosen, die auf der gesunden Haut nicht die geringste Farbänderung hervorrufen. Bei Ganzbestrahlungen wird diese alle paar Tage wiederholte „Lichtdusche" in der Art vorgenommen, daß der Körper hintereinander von vier Seiten in 1 m Abstand je 1 Minute belichtet wird. Furunkulose, impetiginöse Ausschläge, Alopezie und Pruritus senilis werden als besondere Indikationsgebiete für diese Art der Lichtbehandlung erwähnt. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Über die angebliche Photoaktivität bestrahlter Substanzen, von O. Beck, Univ.-Kinderkl. Tübingen. (Mschr. f. Kinderheilkd., 1926, Bd. 33, H. 4, S. 320.) Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen des Verf. sind folgende: Es genügen geringe Mengen ultravioletter Strahlen (künstliche Höhensonne, Spektrosollampe, Solluxlampe), um die photographische Platte zu schwärzen. Die Veränderungen, welche die Substanzen durch die Bestrahlungen erleiden, können sowohl physikalischer wie chemischer Natur sein. Es besteht ein prinzipieller Unterschied zwischen jenen Substanzen, die antirachitisch wirksam und antirachitisch unwirksam sind. (Lebertran im Gegensatz zu

Digitized by Google

Paraffinöl.) Beide vermögen nach der Bestrahlung die photographische Platte zu schwärzen. Sie unterscheiden sich einmal hinsichtlich des Absorptionsspektrums nach der Bestrahlung und hinsichtlich des Verhaltens der Jodzahl. Bei den wirksamen Stoffen Verlängerung ihres Absorptionsspektrums und Verminderung der Jodzahl. Bei den unwirksamen Substanzen Verkürzung des Spektrums, keine Beeinflussung der Jodzahl. Die Photoaktivität einer bestrahlten Substanz ist somit kein Beweis für antirachitische Eigenschaften. R. Ley-Kreuznach.

Inaktivierung des antirachitischen Faktors im Lebertran durch Bestrahlen mit Ultraviolettlicht, von A. Adam, Univ.-Kinderkl. Hamburg-Eppendorf. (Kl. W., 1926, Nr. 36, S. 1648.) Während eine Reihe von Stoffen durch Bestrahlung mit Ultraviolettlicht antirachitisch wirksam gemacht werden, wird Lebertran hierdurch, fast vollständig wirkungslos. Neben dieser leichten Inaktivierbarkeit des Lebertrans werden in ihm durch die Ultraviolettlichtbestrahlung noch eine Reihe anderer Vorgänge hervorgerufen: 1. Das Absorptionsspektrum im Ultraviolettlicht zeigt für den bestrahlten Lebertran eine größere Durchlässigkeit. 2. Durch bestrahlten Lebertran wird die photographische Platte geschwärzt. 3. Während unbestrahlter Lebertran die Fähigkeit zur Fluoreszenz besitzt und bei intensiver Beleuchtung hellgelb aufleuchtet, geht diese Eigenschaft durch die Bestrahlung rasch verloren. 4. Die Emulgierbarkeit bei Tragantzusatz ist beim bestrahlten Lebertran größer. 5. Beim Erhitzen auf 250° wird unbestrahlter Lebertran nur gebräunt, bestrahlter schwärzt sich. 6. Es findet sowohl eine Steigerung der Viskosität, wie auch eine Zunahme der Oberflächenspannung statt. 7. Die Jodzahl des Lebertrans nimmt mit der Bestrahlungsdauer ab, und 8. erfolgt eine starke oxydative Spaltung, kenntlich an der Säurebildung. E. Langer-Berlin.

Les accidents mécaniques en cours des applications des rayons ultraviolets à l'aide de la lampe de Quartz-Mercure (Mechanische Zufälle bei der Behandlung mit ultra-violetten Strahlen vermittels der Quarzlampe), von P. Meyer. (J. de Méd. de Paris, 1926, Nr. 34, S. 709.) In mehreren Fällen kamen Verbrennungen, bei denen nur durch einen glücklichen Zufall schwere Verletzungen ausblieben, durch Platzen der Lampe zustande. Sie beruhten jedenfalls auf zu starker Spannung, die daher vermieden werden muß. Ebenso ist auf eine Lagerung der Kranken zu achten, die die Gefahr für sie bei einem derartigen Zwischenfall vermindert.
E. Levin-Berlin.

Das Jupiterlicht in der Ultraviolettherapie, von A. Graumann-Hamburg. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 17, S. 556.) Das Licht der J. L. kommt dem der Sonne am nächsten: Lichtintensität 4200° (Sonne 6000°), Gesamtspektrum bis 217 (Sonne bis 290), natürliche Farbe der bestrahlten Objekte, hochgradige ultraviolette Strahlung, daneben Licht und Wärme der roten Strahlung. Bei Verwendung von parallelgestellten Ultrakohlen findet man in der J. L. reichlich Ultraviolettstrahlen unter 290 μμ. Diese kurzwelligen Strahlen sind therapeutisch indiziert bei Haut-, Nervenkrankheiten, Rachitis, Tuberkulose usw. Die starke Wirkung der langwelligen Ultraviolettstrahlen (290—400 μμ) erzeugt die durchaus notwendige Pigmentation neben der hochgradigen Wärmewirkung. Allmähliche Erzeugung dieser Pigmentation ohne Entzündungsreiz ist anzustreben. Es gibt zwei Typen J. L.: Type 30 (10 Amp. 6000 HK) und 34 (6 Amp. 3500 HK). Die verschiedenen Formen des Reflektors und der Ansätze ermöglichen Bestrahlung jedes Körperteils und mehrerer Personen zugleich. (16 Abb.) H. Colman-Berlin.

Radon (Radium Emanation) as a Palliative Agent in the Treatment of Intra-Oral Cancer (Radiumemanation als Palliativmittel in der Behandlung des Mundkrebses), von F. E. Simpson und R. E. Flesher-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 9, S. 655.) Nach Aufzählung der Vor- und Nachteile der Radiumemanation gegenüber dem Radium selbst kommt der Verf. auf die Art der Applikation zu sprechen, die sich in nichts von der des Radiums unterscheidet. Die mit der Behandlung erzielten Erfolge sind beachtenswert. In der anschließenden Diskussion wurden außer für die Radiumtherapie, für die Chirurgie und Elektrokoagulation Lanzen gebrochen, ohne daß eine klare Grenze für die verschiedenen Behandlungsmethoden ersichtlich wird.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Über einen Apparat zur Einbringung von Radiumröhrchen in Filter, von L. Kumer, Radiumstat. Allg. Krkhs. Wien. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 1, S. 184.) Beschreibung eines handlichen Apparates, der es ermöglicht, ohne Benutzung der Finger und mit genügender Schnelligkeit Radiumtuben in Filter einzubringen. Der Apparat hat sich in 3jähr. Gebrauch bestens bewährt. E. Hornemann-Lüneburg.

Digitized by Google

Schweißdrüsen. Talgdrüsen

Jodtinktur als Antihidrotikum, von E. Seifert-Würzburg. (D. m. W., 1926, Nr. 34, S. 1432.) Gerdeck hat in Nr. 24 der D. m. W., 1918 auf die vortreffliche Wirkung der Jodtinktur bei Fußschweiß aufmerksam gemacht. Verf. selbst zieht Jodtinktur allen anderen, besonders den formalinhaltigen Mitteln vor. Vorbedingung für den Erfolg ist die genaue Befolgung der von Gerdeck und von Andruszewski mitgeteilten Vorschriften. F. Harry-Wiesbaden.

Einige Mitteilungen über das Achselhöhlenorgan des Schimpansen, von J. J. van Gelderen, Univ.-Labor. f. Histol. Amsterdam. (Anat. Anz., 1926, Bd. 61, Nr. 18/19, S. 407.) Auf Grund der von Schieferdecker festgelegten Unterscheidung zwischen den ekkrinen Schweißdrüsen des Menschen und den apokrinen Schweißdrüsen der Säugetiere hat die anthropologische Forschung studiert, ob die Affen ekkrine Drüsen besitzen. Klaar hat 1924 bei den Halbaffen nur apokrine Drüsen gefunden, ebenso beim Gibbon, beim Gorilla und beim Schimpansen sowie bei den Platyrrhinen. Bei den Katarrhinen und beim Orang fand er beiderlei Drüsen und schloß daraus, daß wir die Katarrhinen und den Orang näher dem Menschen anzugliedern haben als den Schimpansen und den Gorilla, trotzdem bei diesem Tiere ein dem menschlichen ähnliches Achselhöhlenorgan vorkommt. Bei zwei Schimpansen konnte nun Verf. den Nachweis liefern, daß das Achselhöhlenorgan beide Arten von Schweißdrüsen enthalte, daß also die Schlußfolgerung von Klaar unrichtig sei. F. Winkler-Wien.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Angioneurotic Edema of Penis and Scrotum (Angioneurotisches Ödem des Penis und Skrotum), von W. J. Ezickson-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 8, S. 561.) 34jähr. Mann, bei dem venerische Infektion oder toxische Einwirkung, überhaupt irgend ein äußeres auslösendes Moment auszuschließen ist, verspürt Jucken, Brennen. Bald darauf ödematöse Schwellung und Rötung von Penis und Skrotum. Harnröhre, Prostata usw. o. B., Urin ebenfalls. Blutdruck 74/118. Pat. hatte vor 3 Monaten ein angioneurotisches Ödem von Lunge und Larynx. Behandlung: 0,6 Epinephrin. hydrochlor. (1 : 1000) i. m. Abschwellung, nach 22 Stunden normal. Es ist der zweite Fall, den Verf. gesehen hat. H. Colman-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. H. F. O. Haberland (Köln, Augustahospital) ersucht für seine Bearbeitung des Kapitels „Bluttransfusion" (in Neue Deutsche Chirurgie) um Zusendung einschlägiger Sonderdrucke sowie von Mitteilungen unveröffentlichter Erfahrungen.

Geh. Rat Prof. J. Jadassohn in Breslau wurde von der Akademie der Medizin in New York zum Ehrenmitglied gewählt.

Prof. Viktor Blum in Wien wurde zum Ehrenmitglied der Portugisischen Gesellschaft für Urologie gewählt.

Gestorben: Dr. Leredde in Paris;

Dr. Fritz Hitschmann, Gynäkolog in Wien, bekannt durch seine Arbeiten über Ecthyma gangraenosum (mit Kreibich) und über Plazentasyphilis. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES BE REMOVED.

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 2 (Bd. 84) 8. Januar 1927

Aus der Universitäts-Poliklinik für Hautkrankheiten zu Greifswald
(Vorstand: Prof. Dr. W. Schönfeld)

Über körnerartige Kalkablagerungen in der Haut[1])

Von

Dr. W. Schütze

Mit 3 Abbildungen im Text

Körnerartige Ablagerungen von phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk in der Haut gehören zu den selteneren Erkrankungen. Jeder Fall verdient heute noch veröffentlicht zu werden. Umber schreibt in seinem Werke „Ernährung und Stoffwechselkrankheiten", 1925, S. 469: „In der deutschen Literatur sind seit dem Jahre 1901 kaum ein Dutzend einschlägiger Fälle mitgeteilt."

Im März dieses Jahres wurde der Poliklinik eine 23jähr. Frau Margarete T. mit der Diagnose „Panaritium" überwiesen. Ihre Krankengeschichte ist folgende:

Sie stammt aus gesunder Familie vom Lande. Der Vater ist mit 63 Jahren an Lungenentzündung gestorben. Die Mutter lebt, ist 64 Jahre alt und gesund. Pat. ist als Mädchen bleichsüchtig gewesen und hat oft starke Magenschmerzen gehabt. Später will sie immer gesund gewesen sein; sie ist seit kurzem noch kinderlos verheiratet, Schwangerschaft soll bestehen.

Seit mehreren Jahren merkt sie, daß ihr bei kühlem Wetter und bei starkem Arbeiten die Hände „absterben". Sie werden bläulich-weiß, gefühllos und steif. Auf Nadeleinstich entleerte sich niemals Blut. Sie fühlte sich dadurch in ihrer Arbeit behindert.

Vor 5 Jahren will sie angeblich eine Blutvergiftung im Anschluß an Seifenzubereitung mit Seifenstein durchgemacht haben. Die Nägel der Finger eiterten sämtlich ab; die Fingerspitzen brachen ebenfalls unter Eiterung auf. Ähnliche Erscheinungen zeigten sich bald darauf auch an den Zehen. Der kleine Finger der linken Hand wurde damals steif. Die Behandlung bestand in Seifenbädern der Hände und Füße, bis schließlich eine bald vorübergehende, fast völlige Heilung unter geringfügiger Narbenbildung einsetzte.

Die Fingerspitzen brachen aber in der folgenden Zeit immer wieder auf. Ob sich hierbei aus den eiternden Wunden breiige oder körnige Massen entleert haben, kann sie nicht angeben; sie hatte sich aber immer wegen schlimmer Finger in ärztlicher Behandlung befunden.

Vor 2 Jahren fiel ihr eine harte, knötchenähnliche Stelle an der Innenseite des rechten Daumens auf, die sich allmählich fast über das ganze Endglied ausbreitete und schmerzlos war. Gleiche Stellen wurden an keinem anderen Glied beobachtet. Jetzt behindere sie bei der Bewegung das obere Gelenk des Daumens. Mitte Februar dieses Jahres brach auf der Innenseite des rechten Daumens eine kleine, weiß-

[1]) Vgl. Schönfeld, Demonstration in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft am 30. 10. 1926 anläßlich der Feier ihres 40jähr. Bestehens.

Digitized by Google

lich aussehende Stelle auf, die eiterte und aus der sich „kleine Steinchen“ und auch „krümlige Massen“ entleerten. In der letzten Zeit schmerzte das Leiden. Teilweise hat sie sich selbst Steinchen mit einer Nadel entfernt. Vorübergehend kam es zu Fistelbildung unter Entleerung von breiigen, an der Luft bald erhärtenden Massen.

Befund: Mittelgroße Frau von leidlich kräftigem Körperbau mit einer frischbräunlichen Gesichtsfarbe. Ihr Gewicht beträgt 53 kg. Die sichtbaren Schleimhäute sind feucht und blaß; die Haut ist mäßig durchblutet, das Fettpolster leidlich ausgebildet. Es bestehen weder Ödeme noch Exantheme. Die zervikalen Leistendrüsen sind erbsengroß, einzeln abtastbar, nicht schmerzhaft. Die Schilddrüse ist o. B., der Appetit ist gut, Schlaf mäßig, Stuhl von normaler Beschaffenheit, nicht angehalten. Temperatur und Puls normal. Der Urin ist klar, von saurer Reaktion, ohne Eiweiß, Zucker und Indikan. Sensorium klar. Reflexe normal auslösbar. Augen beiderseits freibeweglich, Pupillenreflex reagiert rechts etwas schneller als links. Kreislauf-, Atmungs- und Bauchorgane sind ohne Veränderungen. Die Finger beider Hände und die Zehen bieten ein eigenartiges Bild. Die Finger sind gleichmäßig verdickt, sie sollen früher viel dünner gewesen sein. Die Haut zeigt einen matten Glanz und ist bläulich verfärbt. Die normalen Hautfelderungen und Falten sind besonders über den Gelenken fast ganz verstrichen. Die Schwellung ist ziemlich derb, wenig eindrückbar. Die Finger fühlen sich kalt und teilweise etwas feucht an. Auf den Spitzen der Fingerbeeren befinden sich kleine, harte, eingezogene, von früheren Eiterungen herrührende, auf der Unterlage nicht verschiebliche Narben bzw. Fisteln. Aus einigen entleert sich auf Druck wenig Eiter. Hauptsächlich beteiligt sind rechts Zeige-, Mittel-, Ring- und kleiner Finger, links Zeige-, Mittel- und Ringfinger. Der rechte Ringfinger ist im mittleren Interphalangealgelenk etwas gekrümmt, aber noch beweglich, während der linke kleine Finger (s. Vorgeschichte) gänzlich versteift ist.

Auf den Kuppen der Zehen und am linken Ellenbogengelenk kann man ähnliche Erscheinungen feststellen. Bei Bewegungen der Fingergelenke ist oft ein deutliches „Knacken“ zu vernehmen. Der Daumen der rechten Hand zeigt den auffallendsten Befund. Er ist ebenfalls gleichmäßig verdickt und in seinen Bewegungen etwas eingeschränkt. Die Haut der Interdigital- und Innenseite fühlt sich steinhart an. Teilweise schimmern durch sie kleine, weißlichgelbe, harte Knoten hindurch, teilweise lassen sich aus einzelnen kleinen Öffnungen auf leichten Druck ungefähr stecknadelkopfgroße Körnchen von weißer Farbe und harter Konsistenz oder auch weißlichgelbe, breiige Massen herausdrücken. Die Haut ist über diesen Einlagerungen schwer faltbar. Bei der Palpation hat man den Eindruck, daß es sich um feste, harte Einlagerungen handelt. Die übrigen Gelenke sind frei von Beschwerden. Die Schmerzempfindung ist über den Narben an den Fingerspitzen und Zehen über den Einlagerungsstellen am Daumen aufgehoben, desgleichen der Temperatur- und Gefühlssinn. Der Tastsinn ist bei kühlen, feuchten Händen schlecht und ungenau. Die elektrische Erregbarkeit ist über diesen Stellen deutlich herabgesetzt. An anderen Körperstellen ist nirgends ein gleicher Befund zu erheben.

Zur Vervollständigung des Befundes und Feststellung der Art des Leidens wurden Röntgenaufnahmen von beiden Händen und Füßen hergestellt und der ganze Körper der Patientin mit besonderer Berücksichtigung der Gelenke, mit Ausnahme des Kopfes, durchleuchtet. Nur an Armen und Beinen fanden sich röntgenologisch-pathologische Befunde. Die Knochen und Gelenke waren überall scharf gezeichnet und frei von Ein- bzw. Auflagerungen.

Auf diesem Röntgenbilde der beiden Daumen (Abb. 1) fallen uns auf der Innenseite des rechten Daumens, von dessen Spitze bis zum Metakarpo-Phalangealgelenk, starke Einlagerungen auf. Diese sind von unregelmäßiger, teilweise körniger Form von verschiedener Größe und setzen sich aus vielen einzelnen Körperchen zusammen. Nach ihrer Stärke können diese Schatten nur von Kalk- oder Knocheneinlage-

Digitized by Google

rungen herrühren. Die Knochen- und Gelenkgrenzen sind überall vollkommen scharf und klar durchgezeichnet, hängen also in keiner Beziehung mit den erwähnten Ablagerungen zusammen.

Auf der Interdigitalseite der linken großen Zehe (Abb. 2) sind ähnliche Schatten im Röntgenbild festzustellen, nur sind sie hier noch nicht so stark ausgeprägt. Auch hier sind die Konturen der Knochen und Gelenke völlig frei und scharf.

Abb. 1. Röntgenaufnahme beider Daumen. Deutlich sind die Kalkeinlagerungen an der Innenseite des rechten Daumens zu sehen

Um über die pathologisch-histologische Natur der Einlagerung Aufklärung zu erhalten, wurde ein Stück aus der Innenseite des rechten Daumens exzidiert. Hierbei merkte man deutlich, daß das Messer durch eine körnige Masse schnitt (Knirschen). Makroskopisch zeigten sich schon an dem herausgenommenen Stück weißliche, steinharte Stellen im Gewebe. Bei der histologischen Untersuchung (Prof. Dr. Cerlen) wurde ein Teil der Schnitte entkalkt, ein anderer ohne besonderes Entkalkungsverfahren geschnitten. Die Färbung der Präparate bestand einmal in Hämatoxylin-Eosin und zweitens in der Weigertschen Elastikafärbung. Das Ergebnis war folgendes:

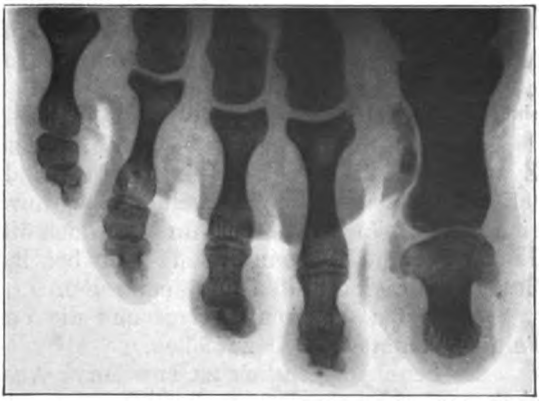


Abb. 2. Röntgenaufnahme der Zehen des linken Fußes. Deutliche Kalkeinlagerungen an der Innenseite der Grundphalange der linken großen Zehe

„Die Exzision zeigte einwandfreie Kalkablagerungen in den tieferen Schichten des Koriums mit ziemlich starken peripheren chronischen Entzündungserscheinungen. Der Kalk ist in ziemlich groben Schollen abgelagert, teils in Form von isolierten Klumpen, teils in zusammengebackenen Herden nachweisbar. Im Bereich der Kalkablagerungen sowie um sie herum ist das faserige Bindegewebe in hyalines Gewebe umgewandelt, an dessen Peripherie die entzündlichen, aus Lympho-

Digitized by Google

zyten und Leukozyten bestehenden Infiltrate am stärksten hervortreten. An Elastikapräparaten läßt sich feststellen, daß die Blutgefäße der Nachbarschaft schwere perivaskuläre Infiltrate und zum Teil endophlebitische bzw. endarteritische Verschlüsse aufweisen. Das elastische Gewebe des Koriums ist reduziert, vielfach aufgesplittert; um die kleineren Gefäße der ganzen Kutis finden sich ebenfalls entzündliche Veränderungen. Der Papillarkörper ist sehr deutlich ausgebildet. An der Oberfläche der Epidermis fällt eine starke Hyperkeratose auf."

Das von uns angefertigte Mikrophotogramm ergänzt das Gesagte (s. Abb. 3).

Makroskopisch waren, wie schon erwähnt, die Einlagerungen verschieden: Einmal breiige, weiße Massen, die mikroskopisch lichtbrechende Körperchen von unregelmäßiger Form und Farbe zeigten, zweitens ungefähr stecknadelkopfgroße bis hirsekorngroße harte Steinchen.

Eine Reihe solcher Einlagerungen haben wir chemisch näher untersucht mit dem Ergebnis, daß in beiden Arten sich Kalzium nnd Phosphorsäure nachweisen ließen, während die Untersuchungen auf Urate, Chlor, Kohlen- und Schwefelsäure keinen Befund ergaben. Um einen Einblick auf die Höhe des Blutkalziumspiegels zu bekommen, wurden mehrmals Kalziumbestimmungen im Serum der Patientin, gleichzeitig mit Kontrollbestimmungen an Gesunden nach der DE WAARDschen titrimetrischen Methode vorgenommen und hierbei, verglichen mit dem normalen Serum, kaum eine Erhöhung festgestellt, ein Befund, aus dem kaum ein besonderer Schluß gezogen werden kann. Zu eingehenderen Stoffwechseluntersuchungen, wie sie UMBER angestellt hat, blieb nicht die Zeit, da die Kranke nach Hause drängte.

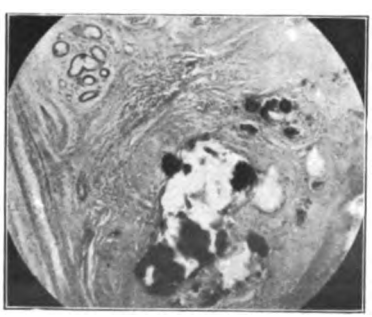


Abb. 3. Mikro-Aufnahme eines Gewebschnittes. Die dunklen Massen sind Kalkeinlagerungen im Gewebe

Wir behandelten nur symptomatisch, mit heißen Sol. Vlemingkx-Handbädern, um gleichzeitig auf die Steifheit und Zyanose der Finger etwas einzuwirken und um eine bessere Blutzirkulation zu erzielen. Unter feuchten Essigsauretonerdeverbänden entleerten sich aus einzelnen kleinen Öffnungen noch öfters breiige, krümlige Massen. Eine wesentliche Beeinflussung war bei ihrer Entlassung bis auf eine bessere Beweglichkeit nicht eingetreten.

Über den weiteren Verlauf und die Vorhersage der Erkrankung ist kein bestimmtes Urteil zu fällen.

Es kann gelegentlich zu spontanen Ausheilungen kommen, häufiger sind nach der Literatur plötzliche und dauernde Verschlimmerungen. Über die Behandlung gehen die Ansichten auseinander. Es werden Wärmeapplikationen vorgeschlagen und eine Einschränkung der Kalkzufuhr in der Nahrung, also Meiden von Milch und Eiern. Einige haben wieder von innerlichen Gaben von Jodeisen und Jodkali leidliche Erfolge gesehen, andere von Phosphorsäure. Radiumbestrahlungen der Kalktumoren sind empfohlen worden, aber ohne Erfolg geblieben.

Nach dem vorstehenden handelt es sich also bei dem angeblichen

Digitized by Google

„Panaritium" nach dem klinischen Befunde, den Röntgenaufnahmen, der chemischen und histologischen Untersuchung um ein Krankheitsbild, für das M. B. Schmidt den Namen „Kalkgicht" vorschlug. Gelegentlich gehen solche Kranke der anfänglich mehr hervortretenden Hauterscheinungen wegen, wie in den Fällen von Lewandowsky, Riehl und unserem, zum Dermatologen.

Einschlägige Fälle sind, wie schon aus den Umberschen Feststellungen zu entnehmen ist, in der deutschen Literatur äußerst selten; sie finden sich zerstreut in den einzelnen Teilgebieten der Medizin, teilweise nur kurz als Sitzungsberichte veröffentlicht.

Wir halten noch folgende Fälle für hierher gehörig: Riehl (1901), Wildbolz (1904), Lewandowsky (1905), Staehelin (1908), Holländer (1917), Drucker (1919), Mosbacher (1920), Umber (1921), Memmesheimer (1922), Riese (1923).

Aus der ausländischen Literatur seien noch namentlich die Fälle erwähnt: Teissier (1877), Curtillet et Dör (1898), Derville (1898), Duret (1899), Milian (1899), Lexa (1899), Jeanne (1900), Morel (1900), Profichet (1900), Rénon et Dufour (1900), Pontoppidan (1921), Pospelow (1922), Ducasse (1923), Kenedy (1924) und Gilbert (1925).

Sie gleichen ziemlich den angeführten deutschen Fällen. Bei allen fanden sich an der Haut an einzelnen Stellen Ablagerungen von kohlensaurem Kalk; teilweise waren diese auch über den ganzen Körper verbreitet.

Aus diesem allem schält sich im wesentlichen folgendes Krankheitsbild heraus. Die Erkrankung beginnt zumeist im jugendlichen Alter. Im späteren Alter scheint sie wieder gehäuft aufzutreten oder wieder stärkere Erscheinungen zu machen. Jedenfalls findet man in der angeführten Literatur die Erkrankung verteilt vom 4. bis zum 65. Lebensjahre, am häufigsten im dritten Lebensjahrzehnt. Auffallend ähnlich wie bei der Acrodermatitis atrophic. ist die Bevorzugung des weiblichen Geschlechts; es stellt ungefähr 80—90% der Fälle dar. Die Gründe für diese Bevorzugung sind noch undurchsichtig. Im Beginn macht das Leiden kaum Beschwerden und entgeht der Beachtung. Die ersten Herde befinden sich meist an den Fingerbeeren. Es bilden sich unter der Haut harte, nicht schmerzhafte Körnchen, die zu Knötchen zusammenfließen können und allmählich an Größe zunehmen. Die Haut selbst kann, wie in unserem Falle und auch den von Drucker, Lewandowsky u. a. beschriebenen, durch Stauung und Zunahme des Umfanges ein zyanotisches Aussehen bekommen, so daß sie entfernt einem Lupus pernio der Hände oder sklerodermieartigen Störungen ähnelt. Durch den Druck der Kalkeinlagerungen kommt es zu Geschwür- bzw. Fistelbildungen, die breiige und körnige Massen entleeren. Die Abheilung in Narbenbildung ist dann das Gewöhnliche. Oft treten nach langen, anfallsfreien Zwischenräumen schubweise neue Knoten auf, bis es schließlich zur Aufhebung der Beweglichkeit der Gelenke, Atrophien, Kachexie, ja sogar Exitus kommt.

Die Sektion der inneren Organe ergibt kaum einen wesentlichen Befund.

Die Tumoren finden sich immer in größerer Anzahl. Ihre Größe schwankt zwischen Hirsekorn- bis Kirschkern-, ja sogar Orangengröße. Bald liegen sie allein, bald in Häufchen, ohne jegliche Regelmäßigkeit, meist entlang der Längsachse der Knochen. Bevorzugt sind die Gelenk-

Digitized by Google

gegenden, Arme und Beine. Nach unserer Beobachtung können wir Umber nicht beistimmen, wenn er schreibt: „Die unteren Extremitäten bleiben völlig verschont". Es sei hier auf die Röntgenaufnahme Abb. 2 verwiesen. Alle Knoten entwickeln sich im subkutanen Gewebe, nur in wenigen Fällen ist eine Beteiligung der Muskulatur und des Knochens festzustellen. Ausgedehntere, oft bis zu kleinen Platten anwachsende Kalkablagerungen im subkutanen Bindegewebe und in den Gefäßwänden sind noch von einer Reihe Autoren beschrieben worden. Sie gehören unserer Ansicht nach nicht zu dem charakteristischen Bilde der körnerartigen Kalkeinlagerungen, stellen aber vielleicht Abarten oder auch, da sie an fast allen Körperstellen erscheinen können, ein selbständiges Leiden dar. Sie sind deshalb auch als Calcinosis universalis bezeichnet worden. Aus diesem Grunde haben wir die Fälle von Ditschy (1906), Krause (1907), Tilp (1910), Jadassohn (1910), Verse-Marchand von Gaza (1912), M. B. Schmidt (1913), Magnus-Levy (1914), Parkes-Weber (1914) und Holländer (1917) oben nicht angeführt.

Histologisch findet man in den dem unserigen Falle entsprechenden Krankheitsbildern im kernarmen, fibrinösen Gewebe Kalkablagerungen, teilweise in Hohlräumen, teils frei versprengt im Gewebe, teils umgeben von einer Kapsel. Oft sieht man Riesenzellen; die chemische Untersuchung ergibt nur phosphor- oder kohlensauren Kalk, nie Urate.

Wie kommt dieses seltene noch dunkle Krankheitsbild zustande? An teils mehr, teils weniger begründeten Hypothesen fehlt es nicht. Von den einen (z. B. Umber, M. B. Schmidt) wird eine Stoffwechselerkrankung, von anderen (Duret) Parasiten, von dritten (Hoffmann, Guhrauer, Pontoppidan) werden Störungen der inneren Sekretion verantwortlich gemacht. Von diesen Hypothesen scheint unserer Ansicht nach die meiste Wahrscheinlichkeit die von M. B. Schmidt und Umber vertretene für sich zu haben.

Kalk kann sich ja auf verschiedene Weise im Körper ablagern. An und für sich bleibt ja die normale Zelle kalkfrei infolge ihrer ständigen Produktion von Kohlensäure, die Kalziumphosphat und Kalziumkarbonat auflöst. Erst wenn diese Produktion nachläßt, kann sie verkalken. Nach Umber handelt es sich um einen Ausfall von Kochsalzen in kalkaffinem, gesundem Gewebe bei primärer pathologischer Kalkretention im Kalkstoffwechsel.

Zusammenfassung

Es wird ein Fall von echter körnerartiger Kalkablagerung in der Haut, sogenannte Kalkgicht, bei einer 23jähr. Frau beschrieben. Die Diagnose konnte auf Grund des klinischen Bildes, der röntgenologischen, der chemischen und histologischen Untersuchung einwandfrei gestellt werden.

Eigenartig waren die als sekundär aufzufassenden Hautveränderungen, die erst die Kranke zum Arzt führten. Sie ähnelten einem Lupus pernio der Hände bzw. einer Sklerodermie und waren auswärts in Beziehung zu einem Panaritium gesetzt worden.

Digitized by Google

Literatur

1. Drucker, D. m. W., 1919, Nr. 25, S. 662. — 2. Dietschy, Zschr. f. kl. M., 1907, Bd. 64, H. 5/6, S. 377. — 3. Dunin, Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1905, Bd. 14. S. 451. — 4. Ducasse, Arch. of Dermatol. and Syph., 1923, Bd. 7, Nr. 3. — 5. Guhrauer, Derm. W., 1925, Bd. 80, S. 113. — 6. Hoffmann, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 146, S. 89. — 7. Holländer, D. m. W., 1917, Nr. 14, S. 431. — 8. Jadassohn, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 100, S. 317. — 9. Jeanne, zit. nach Memmesheimer. — 10. Kutznitzky und Melchior, Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123, S. 133. — 11. Kerl, Arch. f. Derm., 1919, Bd. 126, S. 172. — 12. Kenedy. Dermatologisch-urologische Zusammenkünfte in Budapest 1924. — 13. Löwenbach, Arch. f. Derm., 1904, Bd. 72, S. 450. — 14. Lewandowsky, Virch. Arch., 1905, Bd. 181, S. 179. — 15. Liesegang, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 139, H. 1, S. 73. — 16. Memmesheimer, Derm. W., 1922, Nr. 50, S. 1233. — 17. Mosbacher, D. Arch. f. kl. M., 1919, Bd. 128, S. 107. — 18. Morel-Lavallée, zit. nach Lewandowsky. — 19. Milian, zit. nach Lewandowsky. — 20. Parkes Weber, Arch. f. Derm., 1914, Bd. 117, S. 299. — 21. Pospelow, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 140. S. 75. — 22. Profichet, zit. nach Lewandowsky. — 23. Pontoppidan, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankht., 1921. — 24. Riehl, M. m. W., 1902, Nr. 4, S. 164. — 25. Riese, Zbl. f. Chir., 1923, Nr. 14, S. 571. — 26. Scholz, Arch. f. Derm., Bd. 100. — 27. M. B. Schmidt, D. m. W., 1913, Nr. 2, S. 59. — 28. Staehelin, 1908, Nr. 37, S. 1609 — 29. Thimm, Arch. f. Derm., 1902, Bd. 62, S. 163. — 30. Umber, B. kl. W., 1921, Nr. 32, S. 909. — 31. Umber, Ernährung und Stoffwechselkrankheiten. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin 1925, S. 466. — 32. Wildbolz, Arch. f. Derm., 1904, Bd. 70, S. 435. — 33. de Waard, Biochem. Zschr., 1919, Nr. 97, S. 177.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. A. Bier)

Über lokales Myxödem der Haut, mit Beziehung zum Basedow

Von

Dr. Wilhelm Richter

Mit 5 Abbildungen im Text

(Schluß)

Nicht zu verwechseln mit Myxödem sind weiterhin die von Sänger beschriebenen ödematösen Schwellungen über den Augen bei Basedow, die auf Fingerdruck im Gegensatz zu Myxödem eine stehenbleibende Impression zeigen.

Weiterhin wies Kocher auf eine Reihe von Fällen hin, bei denen vor allem an den Unterschenkeln, seltener auch an anderen Körperteilen, das Unterhautzellgewebe derb, unelastisch war, so daß sich die Haut nicht in Falten abheben ließ und ähnlich myxödematösen Erscheinungen im Gegensatz zum sonstigen Befund die Haut trocken ist und leicht oberflächlich schilfert. Nicht zu verwechseln mit dieser Hautaffektion sind die in der Literatur nicht selten beschriebenen Kombinationen von Basedow mit Erscheinungen von Sklerodermie und Kalzinosis. Wegen der Gegenüberstellung des Basedow und des Myxödems muß ich nun zunächst noch auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen näher eingehen, und zwar ist von besonderem Interesse, daß auch beim Basedow neben den Veränderungen der Schilddrüse selbst die wechsel-

Digitized by Google

vollsten pathologischen Veränderungen an den anderen Drüsen innerer Sekretion beschrieben sind. Bei der Basedow-Struma, die makroskopisch neben der mehr oder weniger starken Vergrößerung durch die sehr dünnflüssige Beschaffenheit der Absonderung im Querschnitt gegenüber der zähflüssigen der normalen Schilddrüse charakterisiert ist, findet sich mikroskopisch neben Hypertrophie, Hyperplasie der Epithelien mit stellenweiser Kerndegeneration und Verflüssigung des Bläscheninhalts.

Beachtenswert sind weiter die häufig beschriebenen Lymphozytenherde mit vereinzelten Lymphfollikeln, worauf besonders Kocher, Simmonds und Zander hingewiesen haben. Diese Befunde, die im übrigen auch von einzelnen Autoren in normalem Schilddrüsengewebe, allerdings ganz vereinzelt, erhoben werden konnten, ließen daran denken, ob hiermit der Status lymphaticus bzw. thymolymphaticus in Verbindung gebracht werden könne; doch zeigte sich in einer Anzahl von Fällen, daß trotz zahlreicher Lymphozytenanhäufungen und Lymphfollikel sich keine Anhaltspunkte für Status lymphaticus oder auch kein Zusammenhang mit Thymusveränderung feststellen ließ. Trotzdem haben sich aber nach den Beobachtungen zahlreicher Autoren bei Basedow mit einer gewissen Regelmäßigkeit pathologische Veränderungen des lymphatischen Systems gezeigt. Das Blutbild zeigt nach den Befunden der meisten Autoren eine Linksverschiebung im Leukozytenbild und Lymphozytose. Die Blutgerinnungszeit ist nach Kocher, Kottmann u. a. verlangsamt. Die Milz zeigt makroskopisch häufig teilweise sogar recht erhebliche Vergrößerung, mikroskopisch Hyperplasie der Follikel mit vereinzelten Keimzentren, wie sie Pettavel und Raitmann beschrieben haben. Gowers, Müller und vor allem Kocher haben Lymphdrüsenschwellungen besonders in dem Zervikalgebiet feststellen können, die Kocher wie auch Sattler wegen Rückgangs im Anschluß an die Krankheitssymptome durch Operation mit dem Basedow in Zusammenhang bringen zu müssen glaubten. Mikroskopisch handelt es sich auch hier um einfache Hyperplasie. Ein weiterer sehr häufiger Mitbefund ist die erhebliche Vergrößerung der Thymus, auf die zuerst Markham hingewiesen hat, und die späterhin von zahlreichen Autoren (Schlosser, Rautmann, Gierke, Pettavel, Capelle, Gebele und Crotti) bestätigt wird. Histologisch zeigt sich keine eindeutige Veränderung. Zusammenfassend hat sich, wie Kocher angibt, bei dem bisherigen Untersuchungsmaterial im wesentlichen folgende histologische Veränderung ergeben:

1. Hassalsche Körperchen vermindert, z. T. degeneriert, Retikumzellen stark vermehrt, Rinde wenig verändert, eher in der Entwicklung etwas gehemmt.

2. Hypertrophie und Hyperplasie der Hassalschen Körperchen mit teilweiser Degeneration, Retikulumzellen vermehrt, die Rinde hyperplastisch vergrößert mit einem Retikulum.

3. Die Thymus ist entsprechend dem infantilen Typus verändert. Die Formelemente der Rinde wie auch des Markes sind vermehrt. Die Beschreibungen der meisten Autoren decken sich mit dieser Form.

Während Hodenveränderungen nur vereinzelt in der Literatur beobachtet worden sind, finden sich solche in den Ovarien häufiger.

Digitized by Google

Makroskopisch zeigt sich Verkleinerung, mikroskopisch Verminderung der Primitivfollikel.

Nach den Untersuchungen von Pettavel, F. Müller ist in einem verhältnismäßig großen Prozentsatz eine abnorme Verkleinerung der Nebennieren festgestellt worden, jedoch zeigten sich neben geringer oder völlig fehlender Chrombräunung des Markes mehr oder weniger große Zellen mit mehr oder weniger großen Kernen, die Pettavel als Hypoplasie mit partieller, zellulärer Hypertrophie der Markzellen auffaßt, womit er eine leichte Hyperfunktion der Nebennieren annehmen zu dürfen glaubte. Die Nebennierenrinde zeigt keine pathologischen Veränderungen. Interessant sind die Wechselbeziehungen der Hypoplasie des Nebennierenmarkes mit der Hypoplasie der Thymus.

Die verhältnismäßig häufige alimentäre Glykosurie ließ an eine Veränderung im Pankreas denken, für die sich aber wegen der schnellen Selbstverdauung des Pankreas histopathologisch sehr schwierig Unterlagen finden ließen. Die bisherigen spärlichen Untersuchungen des Pankreas lassen sich dahin zusammenfassen: makroskopisch zeigt sich eine Verkleinerung, mikroskopisch eine Verminderung der Langerhansschen Inseln mit teils degenerativen Prozessen in den Inselzellen mit Lymphozytenanhäufungen in der Umgebung der Inseln. Wie diese Befunde zu deuten sind, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden. Über die Hypophyse läßt sich wegen der geringen Zahl von Untersuchungen kein abschließendes Urteil abgeben.

Rautmann und Pettavel konnten an Stelle der verminderten Chromophilen Vermehrung der Hauptzellen feststellen.

Nach diesem literarischen Überblick über Myxödem und Basedow, soweit er im Rahmen dieser Arbeit zur Beurteilung unseres Falles im Zusammenhang nötig erschien, bringe ich nun die Krankengeschichte des Patienten.

Pat. E. M., 25 J. alt. Bis zu seinem 19. Lebensjahr stets gesund gewesen. Pat. stammt aus Ostpreußen. Im Sommer 1920 bemerkte er zum ersten Mal eine Schwellung am Hals, die sich im Laufe der Zeit immer mehr vergrößerte. 1923 trat dann eine Änderung in dem bis dahin völlig ungestörten subjektiven Befinden ein. Er wurde nervös reizbar, schlief sehr unruhig, der Schlaf brachte ihm keine Erquickung mehr, er war nicht mehr in der Lage, seinem Beruf nachzugehen. Es stellte sich dann weiterhin starkes Schwitzen ein, ab und zu jeder Therapie trotzende Durchfälle. Atemnot, Haarausfall wurde nicht bemerkt. Im Sommer 1923 wurde halbseitige Strumektomie vorgenommen. Die subjektiven Beschwerden hatten sich dann auch eine Zeitlang gebessert, während der Exophthalmus in derselben Stärke bestehen blieb. An der Verdickung an der linken Halsseite zeigte sich nach Angaben des Pat. keine Veränderung. Seit einem Jahre bemerkte Pat. Auftreten einer flachen Geschwulst an beiden Unterschenkeln, die sich bis zu der jetzigen Form ausbreitete. In der letzten Zeit ist nun eine sehr starke Verschlechterung des subjektiven Befundes eingetreten, starkes Schwitzen, Unruhe, starke Mattigkeit und Unlust, so daß der Pat. beruflich nicht mehr tätig sein konnte.

Am 25. II. wurde er in die Klinik aufgenommen.

Befund: Mäßig kräftiger Mann. Leidlich guter Ernährungszustand.

Lunge o. B.

Herzgrenzen normal, Töne rein, regelmäßig. Puls nur wenig beschleunigt, 80—100, regelmäßig gut gefüllt.

Dicht über der Klavikula eine etwa 20 cm lange Narbe. An der linken Halsseite eine etwa hühnereigroße, stark hervortretende Geschwulst von derber Konsistenz; bei Druck keine Geschwulstverkleinerung. Bei aufgelegter Hand deutlich Pulsation fühlbar. Starker Exophthalmus. Stellwag positiv, Möbius leicht positiv, Gräfe positiv. Kein

Digitized by Google

merklicher Tremor der gespreizten Finger, kein Haarausfall nachweisbar. Psychisch macht Pat. einen sehr lebhaften aber unsteten Eindruck.

Hauterscheinungen: An beiden Unterschenkeln an der Vorderseite, auf die Seitenflächen übergreifend, vom oberen Drittel bis zu den Knöcheln herabreichend, völlig symmetrisch, kissenartig aufgelagerte, etwa $^1/_2$ cm hohe Verdickungen, derb elastisch, gelblich bräunlich verfärbt, gegen die Umgebung scharf abgesetzt. Die Oberfläche zeigt zahlreiche stecknadelspitzengroße, z. T. auch größere Einziehungen und ist unregelmäßig gekörnt. Haare fehlen über dem Krankheitsherd bis auf vereinzelte Inseln völlig. Auf Druck mit dem Finger zeigt sich keine Delle. Die Haut ist gegen die Unterfläche nicht verschieblich. Im übrigen zeigt die Haut keine pathologischen Veränderungen. Die Probeexzision ergibt normales Stratum corneum und Stratum Malpighii,

Abb. 1

Abb. 2

in den oberen Schichten des Koriums bis zur Subkutis starke Auflockerung des Bindegewebes mit hyperplastischer Veränderung der Bindegewebsfasern und zahlreichen eingesprengten sternförmigen Zellen. Die Hautanhänge fehlen z. T. völlig, z. T. sind sie atrophisch. Makroskopisch fällt beim Querschnitt durch die Haut neben der blassen Verfärbung die sulzige Konsistenz besonders auf.

Blutbild: Hämg: 90. Erythro: 4500000. Leuko: 8500.
Eosin: 1. Stabkernig: 4. Segmentkernig: 65. Lymphozyten: 26. Mononuklein: 4.
Blutgerinnungszeit: 16 Min.
Gasstoffwechsel: O_2 1651, 1991. CO_2 1648. RQ. 88518, 0.82.
Grundumsatz des Pat.: 1402, 1284 nach Benedict; 9% erhöht.
Urin: o. B.

Operation (Prof. Baetzner): In Lokalanästhesie Exzision der alten Narbe. Die Haut wird nach oben abpräpariert. Durchtrennung der Mm. sternohyoideus und sterno-

Digitized by Google

thyreoideus. Dann wird der linke, etwa hühnereigroße Teil der Struma aus seinen ausgedehnten Verwachsungen mit der Umgebung gelöst. Dabei kommt es zu starken Blutungen aus der Kapsel.

Unterbindung der linken A. thyreoidea sup. und profund. Die Arterien und Venen sind teilweise bis zu kleinfingerdick vergrößert. Unterbindung der Aa. und Vv. thyreoideae.

Dann wird die linke Hälfte der Struma samt der hinteren Kapselwand vorgewälzt. Dabei schwillt der mobilisierte Teil von Hühnereigröße bis beinahe Gänseeigröße an, die Kapselvenen werden bleistiftdick, die ganze Oberfläche verfärbt sich bläulich. Sobald die linke Hälfte der Struma hervorgezogen wird, klagt der Kranke über Atemnot, ist aber nicht heiser.

Unter Zurücklassung der hinteren Kapselwand und eines Strumarestes wird der große Kropfknoten scharf abgetragen. Vernähung der hinteren mit der vorderen Kapselwand. Auf der linken Seite bleibt ein kirschkerngroßes Stück der Struma zurück. Naht der Muskulatur, der Unterhaut und Haut.

Puls nach der Operation bis 160 beschleunigt, klein, regelmäßig; Stimme etwas heiser. Starker Schweißausbruch. In der Nacht vom 12. auf 13. III. eine etwa 2 Stunden anhaltende Dyspnoe.

17. III. Temperatur 39°, Puls beschleunigt, klein, regelmäßig, wechselt dauernd in der Frequenz bis zu 200. Verstärkter Exophthalmus.

Häufig dyspnoische Zustände. Leichte Heiserkeit.

Verbandwechsel.

4.30 nachm.: Sichtlicher Verfall. Temperatur 40°, Puls bis 240. Atmung beschleunigt, oberflächlich, zeitweise Dyspnoe.

6 Uhr: Injektion von 2 ccm Digalen und 8 ccm 40%iger Kaloroselösung intravenös.

Halbstündlich 1 ccm Ol. camphorat.

Der Puls erholt sich nicht mehr, wird immer kleiner, flatternd, Atmung beschleunigt, zunehmende Blässe des Gesichts.

7,30: 2 ccm Digalen und 8 ccm 40%ige Kalorose intravenös.

7,45: Exitus.

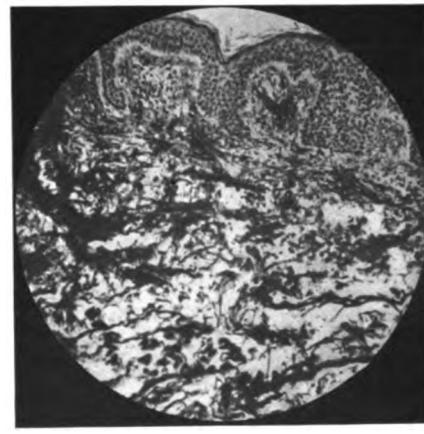


Abb. 3

Sektionsprotokoll (von Dr. Wolf erhoben): Schmächtig gebauter 25jähr. Mann mit stark hervortretenden Glotzaugen. Kragenschnitt am Halse, der in eine mit Blut gefüllte Höhle an der Stelle des exstirpierten linken Schilddrüsenlappens führt. Vom rechten Lappen, durch frühere Operation entfernt, sind nur noch fragliche Reste auffindbar. Im vorderen Mediastinum findet sich ein sehr großer Thymus von 125 g mit reichlichem Drüsenkörper und nur wenig Fett und Bindegewebe. Der Thymus ist in der Kapsel sowie im Innern mit frischen Blutungen durchsetzt. Reichliche frische Blutungen finden sich ferner im prävertebralen Bindegewebe im Bereich der Halswirbelsäule, im Herzbeutel, im peritrachealen Gewebe, flächenhaft unter der Pleura, in der Milz, im Nierenbecken. Beide Lungen zeigen starkes Ödem. In beiden Unterlappen finden sich reichlich frische Herdpneumonien. Herz und große Gefäße o. B. In der Bauchaorta vereinzelte Lipoidflecken.

Die Leber ist leicht fettinfiltriert, die Milz leicht geschwollen, Pulpa abstreifbar.

Die übrigen Bauchorgane o. B. Vor allem die Nebennieren und Nieren zeigen keine pathologische Veränderung. Hirn und Rückenmark konnten nicht untersucht werden.

Am Unterschenkel in symmetrischer Anordnung starke Hautveränderung. Haut gelblichweiß verfärbt, etwa $^1/_2$ cm erhaben, mit Einziehungen von verschiedener Größe. Der Rand scharf gegen die Umgebung abgesetzt. Die übrige Haut des Körpers zeigt keine Veränderung.

Die mikroskopische Untersuchung des Schilddrüsenrestes zeigt ein sehr buntes Bild. In einem Teil der Schnitte sind die Follikel von ganz verschiedener Größe bis

Digitized by Google

zu kleinen zystischen Erweiterungen reichlich mit Kolloid gefüllt, starke Bindegewebswucherung, z. T. Ödem, daneben frische Blutungen. Typische Basedowsche Struktur fehlt. Ganz im Gegensatz dazu zeigen andere Schnitte ausgedehnte Proliferation papillären Charakters. Teilweise fast völliges Zuwachsen der Hohlräume. Kolloid fehlt hier völlig.

Thymus stark hyperplastisch, zeigt im übrigen normale Thymusstruktur, zahlreiche Vaskularisation mit z. T. thrombosierten Gefäßen, spärliche Hassalsche Körperchen.

Milz: Echte Blutung, reichliche Abmagerung von Pigment, Lipoid, mehrere Zysten.

Lunge: Herdpneumonie, starkes Ödem, akute Stauungshyperämie.

Haut: s. o.

Diese in ihrer Form in der Literatur einzig dastehende Beobachtung wirft zunächst die Frage auf: Wie haben wir uns nach dem bisherigen wissenschaftlichen Standpunkt das gemeinsame Auftreten von Basedow mit den an den Unterschenkeln lokalisierten Erscheinungen von Myxödem zu erklären? Zu diesem Zweck müssen wir zunächst die in den letzten Jahren immer mehr in den Vordergrund rückende Lehre von der Endo-

Abb. 4

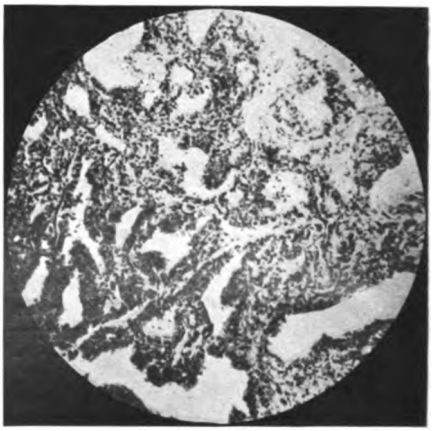


Abb. 5

krinologie hinzuziehen. Maßgeblich für die Bestimmung und Wirkung der Hormone waren die Begriffe über Reizbarkeit von Virchow: 1. nutritive, 2. funktionelle, 3. formative Reizung. Durch diese Reize wirken die Hormone teils selbständig, teils über das vegetative Nervensystem (Kraus, Zondeck), das seinerseits wieder die Inkretion beeinflußt, regulierend auf den Stoffwechsel, beeinflussen weiter günstig Entwicklung und Wachstum und dienen als Erhaltungsreize zur Aufrechterhaltung der organischen Struktur. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, ergibt sich nach einer Zusammenstellung von Pulvermacher folgende funktionelle Wechselwirkung. Die Epithelkörper wirken regulierend auf den Kalkstoffwechsel und auch, allerdings fraglich, auf den Eiweißstoffwechsel (Kreatin), und haben somit Beziehungen zum vegetativen Nervensystem und zur Trophik und zeigen Synergismus mit der Schilddrüse. Bei der Hypophyse zeigt sich Beeinflussung des Wachstums durch den Vorderlappen, des Stoffwechsels und des vegetativen Nerven-

Digitized by Google

systems durch den Zwischenlappen (Biedl). Keimdrüsen, Thymus, Schilddrüse wirken sowohl auf Wachstum als auch auf vegetatives Nervensystem und Stoffwechsel. Nebennierenrinde wirkt wachstumfördernd, Mark auf das vegetative Nervensystem und damit über dieses auf den Stoffwechsel. Hieraus ergibt sich, daß zwischen den Inkretionsdrüsen, oder sagen wir genauer, den einzelnen wirksamen Hormonen der Inkretionsdrüsen, Synergismus besteht und daß Stoffwechsel-, Wachstum- usw. Regulierung Ausdruck einer Korrelation zwischen den Inkretionsdrüsen einerseits und dem vegetativen Nervensystem andererseits ist, die bei der Betrachtung der speziellen Stoffwechselbeeinflussung, wie Eiweiß-, Fett-, Kohlehydrat-, anorganische Stoffwechselregulierung, in seiner Wechselseitigkeit noch bedeutend kräftiger zum Ausdruck kommt. Hier erkennt man dann weiter, daß neben der Synergie auch Antagonie besteht. Diese Vorgänge einzeln zu spezifizieren ginge über den Rahmen dieser Arbeit hinaus. Ich verweise zum genauen Studium auf die Spezialarbeiten. Als Beispiel für diese wechselvollen Beziehungen sei nur kurz auf die von Leschke angegebenen Verhältnisse hingewiesen. Stoffwechselförderung tritt ein durch Schilddrüse, Hypophyse, Hemmung durch Pankreas, Wachstumsverbesserung in bezug auf Knochenlängen, Dickenwachstum durch das Inkret des Hypophysenvorderlappens, während die Keimdrüsen hemmenden Einfluß haben.

Um einen Überblick über diese interessanten Vorgänge zu bekommen, habe ich aus der Arbeit Pulvermachers eine Zusammenstellung von Synergismus und Antagonismus im endokrinen System entnommen, die ich nachstehend wiedergebe:

Synergismen: Hypophyse und Nebennierenrinde. Hypophyse und Keimdrüse. Hypophyse und Thymus. Hypophysenzwischenlappen und Thyreoidea. Epithelkörperchen und Thyreoidea. Keimdrüsen und Hypophyse. Keimdrüsen und Nebennierenrinde. Nebennierenrinde und Hypophyse. Nebennierenrinde und Keimdrüsen. Thyreoidea und Hypophyse. Thyreoidea und Epithelkörperchen. Thyreoidea und Keimdrüsen (Ovar). Thyreoidea und Pankreas.

Antagonismus, der aber nicht immer klar zutage tritt: Hypophyse und Zirbeldrüse. Hypophyse und Keimdrüse (?). Keimdrüsen und Thymus. Keimdrüse und Zirbeldrüse. Zirbeldrüse und Keimdrüse. Zirbeldrüse und Hypophyse.

Ovariuminkret hemmt teilweise Nebenniere, Hypophyse, Thyreoidea (Wiesel).

Nebennierenmark und Thymus. Nebennierenmark und Ovar. Thymus und Keimdrüsen (?) (Ovar). Thymus und Nebennierenmark (?). Diese grob schematische Gegenüberstellung erfaßt nicht all die feinen biologischen Vorgänge im Organismus mit seinen hormonalen Einflüssen, was auch aus dem häufigen Versagen der spezifischen Organotherapie hervorgeht, vielmehr müssen die Begriffe der Inkretion auch auf die Haut mit ihren allergischen Umstimmungen und vielleicht sogar auf jede Zelle im einzelnen erweitert werden, was schon von Virchow angedeutet wurde und von vielen Autoren heute angenommen wird. Die Wirkung der Organotherapie scheint mehr auf eine Umstimmung infolge katalytischen Reizes als auf streng spezifische Beeinflussung zurückgeführt werden zu müssen.

Digitized by Google

Neben diesen komplizierten Wechselbeziehungen spielt auch noch der Entstehungsmodus eine Rolle, und zwar tritt bei akuten Erkrankungen einer Inkretionsdrüse eine chokartige Störung der endokrinen Korrelation ein, wodurch der Synergismus zunächst nicht zur Geltung kommt.

Hiermit wird erklärlich, daß bei akuten Erkrankungen auch die klinischen Erscheinungen bedeutend markanter hervortreten als bei chronischen Krankheitsprozessen einer Inkretionsdrüse, bei denen eine allmähliche Umstimmung der normalen Korrelation einsetzt.

Die klinischen Symptome, die in diesem Fall nach und nach auftreten, sind auch nicht so ausgesprochen und können sich nach den zahlreichen oben angeführten Faktoren, die bei der Inkretionsgleichgewichtsstörung eine Rolle spielen, in ihrer Form ändern. Diese Beobachtungen decken sich völlig mit den Erfahrungen bei Basedow, wobei Kocher akut florides von protrahiert floridem Stadium im Primärstadium und weiterhin ein sekundäres von einem tertiären Stadium unterscheidet. Als klinische Richtlinien für diese Gruppierung nimmt er im Primärstadium die Intensität der Krankheitssymptome an, während im Sekundärstadium die akuten Erscheinungen nachlassen und sich ändern, je nach dem Einsetzen der inkretorischen Korrelation. Im tertiären Stadium, das im übrigen sehr selten zur Beobachtung kommt, da vorher infolge eintretender Komplikationen der Exitus eintritt, kommt es dann durch die immer mehr einsetzenden histopathologischen Veränderungen in der Schilddrüse, die ihrerseits durch den Reiz hervorgerufen werden, der bei der stets weitergehenden Veränderung in der Umstimmung der Korrelation eine mehr in den Vordergrund tretende antagonistische Wirkung hervorruft, sei es über hormonalem Weg oder den des vegetativen Systems, zu regressiven Veränderungen. Da nicht alle Teile gleichmäßig erkrankt zu sein brauchen, wie sich häufig aus Operations- und Sektionsbefunden ergeben hat, und zahllose Variationen in der Wechselbeziehung der Korrelation zwischen Synergie und Antagonie, wie ich vorhin gezeigt habe, bestehen können, erklärt sich auch der verschiedenartige klinische Verlauf. So kann z. B. ein Teil der Schilddrüse atrophieren, während in einem anderen Teile der Krankheitsprozeß mit zunehmender korrelativer Veränderung im Inkretionssystem fortdauert. Auf der anderen Seite ist es möglich, daß ein Teil der Schilddrüse zum kolloidalen Normalzustand zurückkehren kann. Die regressiven Veränderungen können soweit fortschreiten, daß die Atrophie, die an und für sich nicht in den histopathologischen Befund des Basedow gehört, mehr und mehr durch die verschiedenen angegebenen Faktoren in den Vordergrund treten kann, so daß hormonal statt einer Hyperthyreose eine Hypothyreose eintreten kann. Mit diesen wechselvollen Veränderungen der Schilddrüse einerseits und der sekundären Umstimmung im Inkretionssystem mit den verschiedenartigsten Korrelationen andererseits sind auch die klinischen Veränderungen in Einklang zu bringen.

Kehren wir nun zu der kritischen Beurteilung unseres Falles zurück unter Berücksichtigung dieser für seine Klärung wichtigen Gesichtspunkte, so finden wir folgendes. Im Beginn der Erkrankung handelte es sich, wie aus der Anamnese des Kranken hervorgeht, um eine, um im Sinne Kochers zu sprechen, floride protrahierte Form. Die Augen-

Digitized by Google

symptome haben sich nach der ersten Operation nicht verändert, während die sonstigen Beschwerden sich erheblich gebessert haben. In der Beurteilung der Frage, in welchem Stadium sich der Kranke befand, als er sich in unsere Behandlung begab, läßt sich auf Grund der Augensymptome in bezug auf das zur Zeit vorherrschende Stadium kein Schluß ziehen. Wichtiger dagegen waren die normalen Befunde von Herz und Puls, die in ihrer Form keine Anhaltspunkte für einen Basedow gaben. Ebenso zeigte auch das Blutbild weder Lymphozytose noch Verschiebung der Leukozyten, der Grundumsatz keine Erhöhung und die Blutgerinnungszeit keine Beschleunigung, die im Sinne eines Basedow zu deuten sind. Weiterhin sprachen die histopathologischen Veränderungen in der Schilddrüse, die von einem normalen Basedowresultat vollkommen abwichen, da es sich z. T. um deutlich regressive Veränderungen, z. T. neben typischer Basedowstruktur um Regenerationsvorgänge handelte, dafür, daß in unserem Falle ein Basedow im tertiären Stadium vorlag. Da diese verschiedenartigen Veränderungen in der Schilddrüse selbst quantitativ nicht zu erfassen sind, läßt sich aus diesem Befund allein kein Schluß auf die hormonalen Umstimmungen ziehen. Unterstützend können wir aber hier die Veränderungen der Haut hinzuziehen, die histologisch ein eindeutiges Bild von Myxödem zeigen, womit also die Inkretionsvorgänge im Sinne einer Hypothyreose zu deuten sind. Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich diese Erklärung des an und für sich widersprechenden Befundes von myxödematösen Hauterscheinungen bei Basedow auf die von Kocher u. a. beschriebene Hautveränderung an den Unterschenkeln bei Basedow, auf die ich bei der Besprechung der Hautaffektionen bei Basedow vorher hingewiesen haben, übertrage, wofür auch weiter spricht, daß Kocher selbst diese Beobachtungen in den späteren Stadien des Basedow erheben konnte.

Literatur

Bogroff u. Krupnikoff, Zur Klinik der Hautdysthyreoidose, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147. — Lewschenkoff, Myxoma cutis, Russ. Zschr. f. Haut u. vener. Krkh., Febr. 1910. — Pellizzari, Myxomatosis nodosa, Arch. f. Derm., 1912, Bd. 112. — Reitmann, über eine eigenartige, dem Skleroid nahestehende Affektion, Arch. f. Derm., 1908, Bd. 92. — Goldenberg, Polyglanduläre Syndrome, J. of Cutan. Dis., 1916, S. 387. — Silvestre, Myxoma scrotalis, planes Myxödem mit Bemerkungen über Schleim u. Kalk bei Poikilodermie u. Sklerodermie. — D. H. Hofmann, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 146. — Dösseker, Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123, S. 76. — Bettmann, Arch. f. Derm., 1913, Bd. 118, S. 113. — Janowsky, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 130, S. 388. — Flehme, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135, S. 156. — Ponfick, Myxödem u. Hyphysis, Zschr. f. kl. M., 1899, Bd. 38. — Bogorff, Derm. Zschr., 1921, Bd. 35, S. 102—103. — Aschoff, Über einen Fall von angeborenem Schilddrüsenmangel, D. M. W., 1899, S. 203. — W. Baldwin, Some cases of Graves' disease succeeded by thyreoid atrophie, Lanc., 1915, Bd. 1, S. 95. — Boyce, Enlargement in myxeodema, with remarks upon hypertrophy of the hypophysis associated with changes in the thyreoid body. J. of Path. and Bact., 1892, Nr. 2. — Th. Kocher, über Kropfexstirpation u. ihre Folgen, Arch. f. kl. Chir., 1883, Bd. 29, H. 2, S. 255. — Köhler, Myxödem, auf Syphilis beruhend, B. kl. W., Bd. 92, Nr. 6. — Magnus-Levy, Untersuchungen zur Schilddrüsenfrage, Zschr. f. kl. M., Bd. 33, Bd. 3 u. 4, S. 269. — Maier, Weitere Beiträge zur Kenntnis des Stoffwechsels thyreodektomierter Kaninchen, Inaug.-Diss., Würzburg 1897. — Rumpel, Ein Fall von myxödemartiger Erkrankung bei Hodenatrophie, Neur. Zbl., 1896, Nr. 9. — Schwass, Zur Myxödemfrage, B. kl. W., 1889, Bd. 21, S. 463. — Scholz, Über Myxödem. Kraus-Brugsch, Bd. 1. — Albert Kocher, Morbus Base-

Digitized by Google

dowii. Krauss-Brugsch, Bd. 1; ebendort die gesamte Literatur über Basedow. — Sänger u. Sudeck, Über den Morbus Basedowii. M. m. W., 1911, Bd. 16. — Capelle u. Bayer, Thymus u. Schilddrüse in ihren wechselseitigen Beziehungen zum Basedow, Beitr. z. kl. Chir., 1884, Bd. 86, H. 2 u. 3. — Marinesco u. Goldstein, Syndrome de Basedow et Sklerodermie. Nouv. Iconographie de la Salpetriure, 1913, Bd. 26, Jahrg. 5. — Sudeck, Zur pathologischen Anatomie und Klinik des Morbus Basedowii, Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 92. — A. Kocher, Über Basedowsche Krankheit und Thymus, Arch. f. kl. Chir., 1914, Bd. 105, H. 4. — Pulvermacher, Beziehungen endokriner Drüsen zur Haut, Kl. W., 3. Jahrg., Bd. 40/41. — Pulvermacher, Einführung in den Begriff der inneren Sekretion u. ihrer Beziehung zur Haut. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. mit Grenzgebieten, Bd. 5/6.

Aus dem Stadtkrankenhaus Zittau (Direktor: Prof. C. Klienebberger)

Ein Fall von Lupus erythematodes disseminatus acutus bei schwerer Depression mit Ausgang in Heilung

Von

Dr. Georg Dietrich Koehler

Bei der verhältnismäßig geringen Literatur über den akuten Lupus erythematodes disseminatus mag es gerechtfertigt erscheinen, wenn auf folgenden Fall näher eingegangen werden soll: 1. weil derselbe bereits seit 1920 als Lupus eryth. des Gesichts mit Lupus pernio der Hände von uns beobachtet wird; 2. weil es von gewissem Interesse sein wird, daß sich dabei keine sicheren Beziehungen zur Tuberkulose haben nachweisen lassen; und 3. weil die erfolgreiche Trypaflavin- und Kalktherapie entsprechend der Auffassung der Erkrankung als einer Art Sepsis mit anschließender Chrysolganbehandlung ebenso bemerkenswert erscheint wie die gleichzeitig einsetzende, auffallend günstige Beeinflussung der schon jahrelang bestehenden Depression.

Fall: Buchdruckersfrau Anna E., 1. Krankenhausaufnahme 5. Juli 1920. 52 Jahre alt, als Kind Masern, sonst gesund, aber stets schwächlich. Witwe, 3 lebende Kinder, Menopause seit 4 Jahren. Der Lupus erythematodes im Gesicht besteht seit 15 Jahren, sich über Stirn und Wangen ausbreitend. Nur mitunter von einzelnen Eiterpusteln bedeckt, meist trocken, aber besonders auf der Nase stark schuppend, niemals nässend, früher stark juckend, jetzt noch immer von vermehrtem Hitzegefühl. Patientin sucht ärztliche Hilfe auf wegen großer körperlicher Mattigkeit, Unlust, Gedankenschwäche und Arbeitsunfähigkeit.

Status: Mager, abgemagert 53 kg, ergrautes Haar, defektes Gebiß, mäßiges Emphysem, linke Herzgrenze etwas erweitert, 1. Herzton leicht gespalten, Schnürleber, normale Milz, geringe Nierenptose, lebhafte Reflexe. Urin: E(—), Z(—), Hb 70%, Sachs-Georgi (—). Im Gesicht typischer Lupus erythematodes mit depigmentierter Vernarbung und weißlicher Schuppung mit Zäpfchenbildung, besonders an Nasenflügeln, Lippen und Kinn. Zentral abheilend sieht es vereinzelt aus, als wenn der Ausschlag peripher weiter geht mit Abheilen des einen Randes; auf Glasspateldruck keine Lupusknötchen feststellbar, kein besonderes Abblassen der Rötung. Schon damals auch hinter den Ohren, an einzelnen Stellen des Hinterkopfes, an beiden Ellenbogen und besonders den Fingern der linken Hand eine Reihe derberer kleiner Knoten von livider bis scharlachfarbener Rötung (Bild des Lupus pernio). Auffallend erscheint schon damals der verstärkte mimische Tremor. Der am 12. VII. gemachte Pirquet ist stark (+), am folgenden Tage „in der Mitte eingedellt, seine Ränder rundum scharf begrenzt, von $^3/_4$ bis 1 ccm Durchmesser, später entwickeln sich Blasen mit wasserhellem Inhalt bei geröteter und infiltrierter Umgebung", so daß kühle Umschläge gemacht werden müssen, bis nach 4 Tagen Eintrocknung der Bläschen und Rückgang der Entzündung notiert werden kann. Erst nach 3 Wochen Abheilen des Pirquet (3. VIII.), der noch jetzt „seicht, ein kleines borkig belegtes Geschwürchen darstellt". Anamnestisch sei an dieser Stelle noch bemerkt, daß die Mutter der Patientin und ebenso deren eine Schwester an Lungentuberkulose gestorben sind. Bei der späteren Krankenhausaufnahme waren mehrfach vorgenommene Stuhl- und Auswurfuntersuchungen auf Tbc.-Bazillen (—).

Digitized by Google

Therapie: Unter Höhensonne, Bädern, Jodpinselung, später Präzipitatsalbe (2%ig fürs Gesicht, 10%ig für die Hände) und innerlich täglich 1,8 g Chinin, später Calc. chlorat., langsames Abheilen der Eruptionen an den Armen, wesentliche Besserung des Gesichts.

Nach einem Jahr erneute Krankenhausaufnahme (2. VIII. 1921) wegen Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Mutlosigkeit und Todessehnsucht: „ach, wenn ich doch sterben könnte, ich bin ja zu nichts mehr nütze". Außer dem fortbestehenden, aber trocknen abschilfernden Gesichtslupus negativer Organbefund. Im Vordergrund steht die starke Niedergeschlagenheit.

Therapie: Kleine Veronal- und Luminaldosen, nach 8 Tagen auf Wunsch in häusliche Pflege entlassen.

Erneute Krankenhausaufnahme 20. IV. 1925. Bereits seit einigen Wochen sehr heftiger Husten mit Auswurf; seit $1^1/_2$ Wochen Schmerzen der linken Brustseite mit Fieber, Übelkeit, Brechneigung, Verstopfung, Schlaflosigkeit und Lebensunlust: „mich möchten sie nur auf den Kirchhof schaffen, da kommt der schöne Sommer, und ich kann mich an nichts mehr freuen".

Status: Geringe Abmagerung, 52,7 kg, genügend durchblutete Schleimhäute, Frieren am ganzen Körper, Temperatur 39.2°, Puls 125—130, Atmung 36; außer dem schon oben beschriebenen Lupus erythematodes faciei ist jetzt auch der ganze Stamm (Brust, Bauch, Rücken) übersät von einem urtikariellen, kleinpapulösen, nicht juckenden Exanthem. Die Röte der einzelnen Papeln läßt sich auf Druck des Glasspatels fast ganz wegdrücken bis auf geringe bräunliche Verfärbung. Auf Arme und Beine dehnt sich das Exanthem nach weiteren 8 Tagen aus; die Finger zeigen jene zyanotische-livide Verfärbung des Lupus pernio mit nässenden, etwas borkig belegten Stellen, wovon besonders alle Endglieder befallen sind. Eindruck der schweren septischen Infektionskrankheit, bei größter Hinfälligkeit und ausgesprochenstem Krankheitsgefühl. Dick weiß belegte Zunge, im vorderen Teil ebenso wie die Lippen trocken borkig belegt, Gingivitis, perlenkranzartige Zervikaldrüsen, Lungen gedämpfte rechte Spitze mit verschärftem, unbestimmtem Atmen und mittelblasig-katarrhalischen Geräuschen beiderseits, Herz beiderseits etwas vergrößert, systolisches Geräusch, Puls schlecht gefüllt, weich und klein, Blutdruck 100/65, Leib weich, Leberrand schmerz- und druckempfindlich, Milz vergrößert, den Rippenbogen um einen Finger überragend, Urinverhalt mit einer Blase, die 2 bis 3 Finger unter dem Nabel steht: Katheterismus 1100 ccm, stark konzentriert, Eiweiß leichte Trübung, Urob. (+), Urobilinogen (+), Zucker (—), im Sediment spärlich Rote und Weiße. Reflexe normal. Gynäkologisch retrofl. Uterus. Blutkultur steril, Wassermann (—); Durchleuchtung: beiderseits freie Spitzen, rechtes Lungenfeld flauer als links, Zwerchfellwinkel frei, rechts mehr als links Hilusdrüsenverschattung, rechts in vereinzelten Strängen nach unten ziehend, ausgebildeter Aortenknopf, keine wesentliche Herzvergrößerung. Blutbild siehe unten.

Diagnose: Lupus erythematodes disseminatus acutus.

Therapie: 5 Tage lang 10—20 ccm 1—2%iges Trypaflavin intravenös mit je 10 ccm 10%igem Calc. chlorat. Merk und noch weitere 5 Tage weitere je 5 ccm Calc. chlorat., so daß Patientin im ganzen 1,3 g Trypaflavin und 7,5 ccm Calc. chlorat. erhielt. Außerdem symptomatische Behandlung mit Vollbädern, die sehr angenehm empfunden wurden, und Kühlsalbe (2%ige essigsaure Tonerde, 40 ccm, Lanolin 20 g, Vaselin 40 ccm).

Nach 8 Tagen Rückgang der entzündlichen Röte des Gesichtslupus bei Fieberabfall, wobei sich das Gesicht mit schuppenden weißen Plättchen bedeckt und einzelne narbigweiße, atrophische Stellen aus dem entzündlichen Gewebe hervortreten. Gleichzeitig schwindet die Entzündung des urtikariellen Exanthems am ganzen Körper, wobei die einzelnen linsengroßen Fleckchen roten Rand mit weißlichem Zentrum zeigen, welches mit Epitheldefekt abheilt. Im weiteren Verlauf der Abblassung, währenddem die Haut kleieartig schuppt und sich vermehrt atrophisch narbige Stellen zeigen, werden Klagen über brennende Schmerzen beim Wasserlassen geäußert. Katheterurin: Fast 1 ccm hohes Eitersediment Gram (—) mit zahlreichen Stäbchen, einzelnen Roten bei mäßiger Eiweißtrübung.

Diagnose: Colicystitis.

Therapie: Urotropin, Blasenspülung mit AgNO3 1 : 3000 und 3%iger Borsäure. Trotz sichtlicher Besserung des Exanthems und der Zystitis bleibt die große innere Unruhe und Niedergeschlagenheit bei allgemeinem Tremor besonders der Zunge und Hände bestehen. Auffallend waren im Blutbilde die niedrige Anzahl der Weißen 2800 (15. V.

Digitized by Google

1926) und einige Tage später 4800 bei vermehrten Lymphozyten, große Lympho. $^1/_2$, kleine Lympho. $40^1/_2$, Poly. $51^1/_2$, Eo. $^1/_2$, Übergang 7, Hb 88%, Rote 4770000. Bei der Entlassung ist Hb 94%, Rote 4900000, Weiße 4500 (3. VI. 1925). Urinbefund ist fast normal. Blutdruck noch immer niedrig 60/110 mm Hg. Die Entlassung erfolgt vorzeitig auf Drängen der Patientin und ihrer Angehörigen, doch schon nach weiteren 14 Tagen bitten die letzteren, die Patientin doch im Siechenhause aufnehmen zu wollen, da der Lupus wieder stärker nässte und sachgemäße Pflege zu Hause nicht durchführbar war. Vollends konnte bei der fortbestehenden Melancholie ein Suizidversuch nicht ausgeschlossen werden.

16. VI. 1925 Aufnahme im König-Albert-Stift, dem städtischen Siechenhaus. Es bestehen fortgesetzt Klagen über Schwindel, Schwächegefühl, Appetitlosigkeit und eine ausgesprochene Lebensmüdigkeit, so daß Patientin keine Visite vorübergehen läßt, ohne ihren Wunsch zu äußern, möglichst bald sterben zu können, da ihr jetziges Leben nutzlos und aussichtslos erscheine. September 1925 Beginn mit Chrysolgan nach den Vorschriften der Breslauer Hautklinik (D. m. W., 1924, S. 24, Martenstein), beginnend mit 0,005 g intravenös alle 3—4 Wochen. Der Erfolg war gegen alle Erwartung erstaunlich. Schon nach der 1. Injektion scheint der Lupus abzublassen. Als unangenehmere Nebenerscheinung wurde geringer Schüttelfrost bei vermehrtem Übelkeitsgefühl beobachtet, so daß Patientin an diesem Tage das Bett hüten mußte. Jedoch schon nach der 3. Injektion fühlt sich Patientin „wie neu geboren", jammert gar nicht mehr, hat ihr Verzweiflungsgefühl vollständig verloren und ist guter Hoffnung, wieder ganz gesund zu werden. Nach jeder Injektion nässte das Gesicht zeitweise vermehrt, um dann weiter narbig abzublassen; mit der Anfangsdosis wurde nicht weiter gestiegen, so daß Patientin bis zum Februar 1926 im ganzen 0,035 g Chrysolgan bekam. Im März wurde Patientin wesentlich gebessert auf ihren Wunsch entlassen, nachdem sie versuchsweise schon wochenlang ihrem Sohn vollständig die Wirtschaft versorgt hatte. Bei weiteren kleinen Chrysolgangaben in ambulanter Behandlung heilten auch die nässenden Stellen an der linken Ohrmuschel, am behaarten Hinterkopf völlig ab, Nase und Wangen wurden ganz reizlos. Im Mai war die Haut überall gut vernarbt, und auch heute bestehen keinerlei nässende Stellen mehr, nur ab und zu flackert eine geringe Konjunktivitis auf. Auf der Lunge bestehen noch immer geringe katarrhalische Erscheinungen rechts vorn. Am 27. VII. 1926 hatte Patientin ein Gewicht von 62,4 kg, Hb 80%, W. 3600, Blutbild: gr. Ly. $3^1/_2$%, kl. Ly. 19%, Seg, 57%, Stabk. 9%, J. 5%, Eo. $1^1/_2$%.

Zusammenfassend handelt es sich im vorliegenden Falle um einen der nach Töröck „recht selten zur Beobachtung gelangenden Fälle von Lupus erythematodes disseminatus acutus oder exanthematicus". Görl und Voigt teilen diese Erkrankung ein in 1. Lupus erythematodes disseminatus Kaposi ohne Störung des Allgemeinbefindens; 2. solche mit akutem Ausbruch, bei dem schon vorher ein typischer Lupus erythematodes discoides bestanden hat; 3. Lupus erythematodes discoides acutus ohne Vorhandensein oder Auftreten eines chronischen Lupus. Unser Krankheitsbild — demnach unter Nr. 2 gehörend — war das einer Sepsis, wie es bereits Jadassohn hervorgehoben hat. Während letzterer und Neisser jedoch den Lupus erythematodes nicht als einheitliche Krankheit auffassen und Beziehungen zur Tuberkulose nur zum Teil für gegeben erachten, läßt sich bei unserem Falle der Gedanke nicht von der Hand weisen, daß hier doch engere Beziehungen zur Tuberkulose vorhanden zu sein scheinen. (Anamnese, außergewöhnlich starke Pirquetsche Intrakutanreaktion und die günstige Reaktion auf Chrysolgan, das für den eigentlichen Lupus als eins der beliebtesten Mittel bekannt geworden ist.) Vielleicht ist nach Klingmüller auch der Lupus erythematodes als eine „tuberkulöse Manifestation der Haut" anzusprechen. Im Jakobi-Zieler wird er als ein schweres, nicht unbedenkliches Leiden dargestellt, durch verschiedene Ursachen bedingt, „von denen eine sehr wohl Tuberkulose sein kann". Als besonders bemerkenswert erscheint uns aber noch, wie weit sich unter der Chrysolganbehandlung neben der lokalen Besserung auch die psychische Erkrankung sichtlich besserte. Der Gedanke ist vorstellbar, daß durch die Vermittlung des Chrysolgans eine Umstellung des Körpers, vielleicht im Sinne „allgemeiner Aktivierung" (C. Klieneberger und W. Weichardt) erzielt wurde, wobei die Vitalität der einzelnen Zellen wie des gesamten Körperhaushalts so gehoben wurde, daß auch eine psychische Verjüngung und Belebung eintreten konnte. Ebensowenig wie wir nicht die Behauptung von R. Schmidt billigen können, nach dem die therapeutische Wirkung von Tuberkulin und Milch bei Tuberkulose identisch sein soll (C. Klieneberger), so glauben wir auch mit Chrysolgan nicht nur omnizelluläre Leistungssteigerung zu erzielen, sondern demselben doch etwas

Digitized by Google

spezifischere Eigenschaften bezüglich des Lupus erythematodes nicht abstreiten zu dürfen. Andere Kliniker bezeichnen die Wirkung des Chrysolgans bei Tuberkulose und Lupus als geradezu spezifisch (Levy, Reuter, Finder). John Schäffer macht auf die „sehr bewährte, neuerliche Chrysolganbehandlung" aufmerksam, und Galewsky berichtet von 60% Heilung bei Lupus erythematodes.

Leider fehlen uns bis jetzt noch eigene Erfahrungen über Chrysolganbehandlung der Lungentuberkulose, doch können wir bei der Gelegenheit schon jetzt sagen, daß uns das sehr teure dänische Goldpräparat Sanochrysin völlig im Stich gelassen hat, so daß wir in letzter Zeit auch zur Chrysolganbehandlung übergegangen sind. Und das um so lieber, weil die neu im Handel erschienenen kleinen Ampullenpackungen bis zu $^1/_{10}$ mg wesentlich ungefährlicher zu bleiben versprechen wie die nur schwer teilbaren großen Sanochrysindosen, mit denen wir schon zweimal recht unangenehme urtikarielle Exantheme erleben mußten (Dosis à 0,05—0,4).

Literatur

Török in „Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten", von E. Riecke. — Görl und Voigt, Derm. W., Bd. 22, S. 129. — Klingmüller, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 130. — Jakobi-Zieler-Atlas für Hautkrankheiten, 1920. — Klieneberger, Über Protein- und Reizkörpertherapie. — Reuter, Levy, Finder nach Ref. in „Die Goldbehandlung der Tuberkulose und der Lepra", von A. Feldt. — Martenstein, D. m. W., 1924, S. 80.

Aus der Abteilung für männliche Gonorrhoe des Staatlichen Venerologischen Institutes in Moskau (Leiter: Prof. R. M. Fronstein)

Lokale Harnröhrenbehandlung bei Komplikationen der Gonorrhoe

Von

M. A. Saigrajeff und I. M. Porudominsky, Assistenzärzten

Wenn wir ein beliebiges medizinisches Lehrbuch zur Hand nehmen und einen Einblick in das Kapitel „Therapie der Komplikationen der Harnröhrenentzündungen" tun, so lesen wir in der Regel ungefähr folgenden Satz: „Jede örtliche Behandlung der Urethritis muß beim Auftreten von Komplikationen fallen gelassen werden". In der einschlägigen Literatur sind indessen zweierlei Ansichten vertreten. Während ein Teil der Autoren (Asch, Cholzoff, Finger, Grass, Posner, Wossidlo) annimmt, daß beim Auftreten von Komplikationen bei Urethritis von einer lokalen Behandlung der Urethra, bis zum Verschwinden der akuten lokalen Erscheinungen, abgesehen werden muß, wird hingegen von anderen (Delbert, le Fur, Schindler) eine Fortsetzung der örtlichen Behandlung empfohlen. Bereits auf dem ersten Allrussischen Kongreß zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Jahre 1923 stellte unsere Abteilung die allgemeine These, die im Vortrage Dr. Timoffeffs ihren Ausdruck fand, von der Zulässigkeit einer örtlichen Behandlung beim Auftreten von Komplikationen bei Urethritis auf. Wenn damals unsere Beobachtungen auf einem verhältnismäßig geringen klinischen Material fußten, so können wir auf Grund unserer weiteren dreijährigen Erfahrungen im Staatlichen Venerologischen Institut von der Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der endourethralen Eingriffe bei beliebigen Komplikationen der Urethritis sprechen. 1593 Fälle von akuten gonorrhoischen Komplikationen, die im Staatlichen Venerologischen Institut inzwischen zur Beobachtung kamen und die nach der erwähnten Methode mit Erfolg behandelt wurden, dienen als Beweis für die Richtigkeit der aufgestellten Thesen.

421 Fälle des stationären und teilweise ambulanten Materials unserer Abteilung haben wir genau studiert, darunter waren 72 Fälle von Urethritis posterior und Blasenhalsentzündung, 178 Fälle von Epididymitis, 110 Prostataentzündungen und Spermatozystiten, 50 Arthritis- und 11 Cowperitisfälle.

Die Schädigungen der Samenstränge sind von uns nicht in eine besondere Gruppe vereint worden, weil die Behandlung derselben sich in den Grundzügen nicht von der Behandlung der kontinuierlichen Epididymitiden unterscheidet.

Digitized by Google

Bei 56 Fällen von Urethritis posterior und Blasenhalsesentzündungen wurden große Spülungen nach JANET kombiniert mit Höllensteinlösung-Instillationen nach GUYON angewandt, während wir 16 Fälle nur mit großen Spülungen nach JANET behandelten. Bei der ersten Gruppe mit schweren subjektiven Erscheinungen, wie Häufigkeit der Harnentleerungen, schmerzhafte Erektionen, diuretische Störungen und objektiven, wie Trübheit der zweiten Harnportion und terminale Hämaturie, kam es bereits nach 1—3 Instillationen zum Verschwinden aller obengenannten Symptome; die terminalen Blutungen verschwanden bereits nach der ersten Instillation. Die Dauer der Behandlung der Kranken dieser Gruppe betrug somit von 2—6 Tagen, während die Behandlung mit großen Spülungen allein (zweite Gruppe 16 Fälle) von 5—9 Tagen beanspruchte.

Ein derartiger therapeutischer Erfolg kann augenscheinlich durch die anatomische Struktur der hinteren Harnröhre erklärt werden. Nach JARJAVAY stellt die Schleimhaut des prostatischen Teils der Harnröhre im schlaffen Zustand eine Reihe von Längsfurchen oder Falten vor, die vom Blasenhals zum äußeren Sphinkter gehen und sich sowohl längs der oberen, als auch der unteren Wand der Harnröhre ziehen. Diese Falten, von 5—7 an der Zahl, beginnen am inneren Sphinkter der Harnröhre und vereinigen sich am Colliculus seminalis. Außer diesen nicht beständigen Falten befinden sich an der unteren Wand des prostatischen Teils der Urethra drei nach der Mitte der Falte konvergierende Längsfalten, die, von der Blasenöffnung ausgehend, sich bis zum Samenhügel erstrecken. Vor ihm ziehen sich bis zum äußeren Sphinkter 2 Falten, die in die Pars membranacea übergehen. In der letzteren sind die Falten weniger beständig, oder überhaupt nicht vorhanden; desgleichen fehlen auch die Längsfalten. Das Epithel der Schleimhaut ist an der unteren Wand vielschichtig und flach, die obere Wand ist mit Übergangsepithelien ausgekleidet, die in dem Maße in zylindrische übergehen, in dem die Harnröhre sich dem äußeren Sphinkter nähert. Die epitheliale und subepitheliale Schicht weist eine bedeutende Entwicklung der glatten Muskulatur und des epithelialen Gewebes auf, die sich auf die Ausgangskanälchen der Samenblase (Ductus ejaculatorius) und der Prostata (Ductus prostatici) erstreckt.

Dank der tonischen Kontraktion der glatten Muskulatur befinden sich die Ausgangskanälchen der Prostata und der Samenbläschen beständig in geschlossenem Zustande und vor dem Eindringen einer Infektion gefeit. Wenn wir uns noch dazu die geringe Entwicklung des subepithelialen Gewebes und den rudimentären Zustand der LITTRÉschen Drüsen vergegenwärtigen, so wird es uns klar, daß ein Eindringen der Gonokokken in die Tiefe der hinteren Harnröhre unmöglich mit einer solchen Geschwindigkeit, wie es in der vorderen Urethra der Fall ist, vorgehen kann.

Eine oberflächliche Infektion wird sehr schnell durch die bakterizide Wirkung einer in der entsprechenden Konzentration eingeführten Silbernitratlösung kupiert. Es liegt kein Grund zur ängstlichen Befürchtung einer möglichen, durch Manipulationen in der hinteren Harnröhre hervorgerufenen Epididymitis vor. Experimentelle Beobachtungen (LOMMEL, LÖWE, OPPENHEIM, SCHINDLER, ZIELER u. a.) ergaben, daß durch eine mechanische Reizung des hyperämischen, entzündlichen Samenhügels eine Antiperistaltik von seiten des Vas deferens hervorgerufen werden kann und es infolgedessen zu einer Übertragung der Infektion aus der hinteren Harnröhre in den Nebenhoden kommen kann. Hingegen ruft eine chemische Reizung des Colliculus seminalis, sowie eine mechanische Reizung anderer Abschnitte der entzündeten Schleimhaut der hinteren Harnröhre, keine Antiperistaltik von seiten des Vas deferens hervor. Aus diesem Grunde müssen wir bei Anwendung von Instillationen bei Entzündungsprozessen der hinteren Urethra bemüht sein, eine Berührung des Coll. seminal. durchaus zu vermeiden. Unmittelbar nachdem der Instillator das Hindernis des äußeren Sphinkters in der Pars posterior der Harnröhre überwunden hat, müssen 1—2 ccm einer Höllensteinlösung injiziert werden. Unter Beobachtung der oben angeführten Regeln hatten wir bei unserem Krankenmaterial nie das Hinzutreten einer akuten Epididymitis oder anderer Komplikationen, als Folge der vorgenommenen lokalen Behandlung, zu verzeichnen. In Fällen mit terminaler Hämaturie, wo die Erscheinungen von seiten des Blasenhalses diejenigen der hinteren Harnröhre überwogen, nahmen wir die Instillation in einer etwas veränderten Modifikation vor. Der Instillator wurde in das Lumen des inneren Sphinkters eingeführt und 10—15 ccm einer $^1/_2$%igen Höllensteinlösung injiziert. Natürlich kommt es in solchen Fällen während des Einführens des Instillators oberhalb der Ausführungsgänge der Samenbläschen und der Prostata zu einer gewissen Traumatisierung der letzteren. Zur Vorbeugung dieses Übelstandes wählten wir vor allem einen Instillator mit feiner Olive, schmierten denselben reichlich mit Katheterpurin oder mit Glyzerin ein und

Digitized by Google

reduzierten dadurch die Lädierung des Coll. seminal. durch den Instillator auf ein Minimum.

Von unseren 178 Fällen akuter Epididymitis waren 112 metastatischer und 66 kontinuierlicher Herkunft.

Unter metastatischer Epididymitis verstehen wir erstens alle diejenigen Fälle, in denen die Entzündung des Nebenhodens nicht von einer Entzündung des hinteren Teils der Harnröhre begleitet war, zweitens solche, bei denen eine Entzündung der hinteren Urethra bestand, der Vas deferens aber klinisch in den Prozeß nicht hineingezogen war oder die Entzündungserscheinungen im Nebenhoden diejenigen im Vas deferens proportionell überwogen. Unter kontinuierlicher Epididymitis verstehen wir Epididymitiden, die mit einer Urethritis posterior einhergehen, wobei die Entzündungserscheinungen im Vas deferens entweder prävalieren oder denjenigen im Nebenhoden proportionell sind[1]).

In 71 Fällen von metastatischer Epididymitis, begleitet von einer Urethritis posterior, wurden große Spülungen nach Janet vorgenommen und damit nach 5—9 Tagen das Verschwinden der subjektiven Beschwerden und die Klärung der zweiten Harnportion erzielt; nach 9—18 Tagen konnten die Patienten mit klinisch gesundem Nebenhoden entlassen werden. Nur in 2 Fällen von komplizierter Spermatozystitis und Prostatitis konnten die Kranken erst auf den 27. Tag aus der Abteilung entlassen werden.

In 15 Fällen von metastatischer Epididymitis haben wir, angesichts der bedeutenden entzündlichen Erscheinungen in der hinteren Harnröhre, außer den Janetschen Spülungen Instillationen nach Guyon angewandt und erzielten nach 3—6 Tagen das Verschwinden dieser Erscheinungen; die volle Genesung trat in 10—20 Tagen ein.

In den restlichen 26 Fällen, in welchen keine Erscheinungen von seiten des hinteren Abschnittes der Harnröhre vorlagen, beschränkten wir uns auf die Janetisation; der Zeitpunkt der Heilung differierte von derjenigen der obenerwähnten Gruppe nicht.

Von den 66 Fällen der kontinuierlichen Epididymitiden wurden bei 48 Patienten große Spülungen nach Janet angewandt; die Erscheinungen der Urethritis posterior wichen nach 3—11 Tagen.

In 18 Fällen wandten wir außer der Janetisation Instillationen von $^1/_4$%igen Höllensteinlösungen in die hintere Harnröhre an; eine Klärung der zweiten Harnportion trat nach 3—8 Tagen ein.

Bei metastatischen Formen von Epididymitis wurden tiefe Spülungen nach Janet zu prophylaktischen Zwecken angewandt, um dem Übergreifen der Infektion auf andere, sich an die hintere Urethra anschließende noch intakte Drüsen vorzubeugen und um durch das Fortschwemmen mit der Spülflüssigkeit ein Festsetzen der aus dem Vas deferens eingedrungenen Infektion zu verhüten. Bei kontinuierlichen oder metastatischen Formen, die mit Affektionen des hinteren Teiles der Harnröhre einhergehen, besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Ansteckungsherd und dem erkrankten Nebenhoden; eine Behandlung des letzteren ist selbstverständlich so lange zwecklos, bis die Infektion aus der hinteren Urethra durch den Ductus ejaculatorius in den Epididymis weiter befördert wird. In diesen, für unsere Therapie bei weitem hartnäckigeren als die metastatischen, Fällen führen wir, zwecks Vernichtung des Infektionsherdes und Vorbeugung ihrer weiteren Übertragung, eine Behandlung der hinteren Harnröhre durch.

In Fällen, wo tiefe Spülungen infolge spasmatischer Kontraktionen des Sphinkters, hervorgerufen durch heftige Entzündungserscheinungen der hinteren Urethra, unmöglich sind, nahmen wir die Janetschen Spülungen des hinteren Teiles der Harnröhre nur nach vorausgegangener Spülung der vorderen Urethra vor. Gewöhnlich war nach 1 bis 2 Instillationen ein solcher Rückgang der Erscheinungen in der hinteren Urethra zu verzeichnen, daß eine weitere totale Janetisation mit Leichtigkeit ausgeführt werden konnte.

Was die akuten Prostataentzündungen anbetrifft, so wurden von 110 Fällen bei 100 nur Janetsche Spülungen angewandt; bei den übrigen Fällen wurde keine lokale Behandlung der Urethra vorgenommen. In denjenigen Fällen, in denen tiefe Spülungen angewandt worden sind, trat eine Klärung der zweiten Harnportion nach 5—10 Tagen ein, während bei den Kranken, bei denen die Urethra keiner Behandlung unterworfen wurde, die Klärung des Harns erst nach 16—26 Tagen eintrat. Im weiteren Verlauf der Prostataentzündungen konnte kein Unterschied im Sinne einer früher eintretenden Heilung konstatiert werden.

---

[1]) Eingehende Erörterung dieser Frage siehe Schriften des I. Allrussischen Kongresses zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. M. A. Saigrajeff: „Wege der Verbreitung von Gonokokkeninfektionen bei gonorrhoischen Komplikationen".

Digitized by Google

Wir hatten die Möglichkeit, 50 Fälle von metastatischer Gonorrhoe zu beobachten: darunter ist die Generalisation des Prozesses in 16 Fällen von der Samenblase ausgegangen, in 12 Fällen vom hinteren Abschnitt der Harnröhre, in 12 Fällen von der Prostata, in 6 Fällen gleichzeitig von der Prostata und der Samenblase, in 3 Fällen von der entzündeten Littréschen Drüse und in 1 Fall vom Nebenhoden. Augenscheinlich hat die Gonokokkeninfektion keinen Prädilektionsort im Urogenitalsystem zu ihrem Ausgangspunkt für die Generalisation des Prozesses erwählt und kann sie von einem beliebigen ergriffenen Organ ausgehen. Das häufige Vorkommen einer von den Geschlechtsdrüsen ausgehenden Generalisation läßt sich einerseits durch die anatomische Striktur und das feine Netz der Blut- und Lymphgefäße erklären, andererseits durch häufige physiologische und pathologische (bei Krankheiten) hyperämische Zustände, wodurch es zu einer intimen Berührung der Infektion mit dem Blut- und Lymphstrom kommt.

Vom ursprünglichen Infektionsherd dringt die Infektion auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen in die Gelenke. Aus diesem Grunde sollte die Therapie der gonorrhoischen Arthritiden mit einer energischen Behandlung des primären Infektionsherdes beginnen. Solange es nicht gelungen ist, des ursprünglichen Ansteckungsherdes Herr zu werden, sind Rezidive sogar in denjenigen Fällen möglich, in denen eine scheinbare Genesung eingetreten ist. Derartige Rezidive sind um so eher zu befürchten, als eine einmalige Erkrankung der Gelenke keine lokale Immunität, sondern im Gegenteil eine erhöhte Empfänglichkeit hervorruft. Daraus geht klar hervor, daß die Behandlung von metastatischen gonorrhoischen Erkrankungen mit der lokalen Behandlung des Infektionsherdes kombiniert werden muß — ohne Rücksicht auf die Schwere des Krankheitsprozesses. Es ist selbstverständlich, daß man gleichzeitig bestrebt sein muß, ein möglichst rasches Aufsaugen der entzündlichen Exsudate im erkrankten Gelenk herbeizuführen, da infolge der sklerosierenden Eigenschaften des Gonokokkus es leicht zu Bewegungshemmungen oder sogar zu Ankylose kommen kann. Außer der Vakzinotherapie oder den parenteralen Milchinjektionen verwenden wir zur lokalen Behandlung des erkrankten Gelenkes die Wärme in allen ihren Applikationsformen, da die durch sie hervorgerufene Hyperämie zur Erhöhung des osmotischen Druckes und der Schnelligkeit des Lymphstromes führt und gleichzeitig die Ausscheidung der Entzündungsprodukte fördert. Die Ruhigstellung des Gelenkes, seine Unbeweglichkeit, wirkt auf den Aufsaugungsprozeß am schädlichsten, da die Muskelbewegungen einen großen Einfluß auf die Fortbewegung des Lymphstromes haben. Der Patient ist indessen bemüht, das kranke Gelenk in den Zustand der vollkommenen Ruhe zu setzen. Da wir eine endgültige Wiederherstellung aller Funktionen des erkrankten Gelenkes anstreben, so beginnen wir mit passiven Bewegungen und gehen später zu aktiven über, die die Nahrung des Gelenkes steigern, seine Widerstandskraft im Kampfe gegen die Infektion erhöhen und einer Ankylose oder Bewegungshemmung vorbeugen. In denjenigen Fällen, in welchen im erkrankten Gelenk eine heftige Empfindlichkeit vorhanden ist, sind dem Kranken aktive Bewegungen in einer warmen Wanne zu empfehlen, welche die Muskelspannung abschwächt[1]).

Dank der in der oben beschriebenen Weise durchgeführten Behandlung des Infektionsherdes, verbunden mit der allgemeinen und lokalen Behandlung der Metastasen, erzielten wir folgende Resultate:

In 65% aller Fälle von Gelenkerkrankungen erreichten wir vollkommene Heilung; in 32% bedeutende Besserung und in 3% bei eitriger Arthritis — stellte sich Ankylose ein.

Zusammenfassend erlauben wir uns folgende Schlüsse zu ziehen:

1. Die akute Urethritis posterior und die Blasenhalsentzündungen werden durch die Anwendung von Argent. nitric. sehr schnell kupiert.
2. Die Urethritis posterior muß bei allen gonorrhoischen Komplikationen einer energischen Behandlung unterworfen werden.
3. Die lokale Behandlung der Harnröhre muß Hand in Hand mit der Behandlung der Komplikationen durchgeführt werden.
4. Die lokale Behandlung der Harnröhre beugt der weiteren Verbreitung der Infektion vor.
5. Die Technik der Instillation bei Urethritis posterior und bei Entzündungen des Blasenhalses muß verschieden sein.

---

[1]) Näheres darüber siehe „Zeitschrift für Venerologie und Dermatologie", 1924, Nr. 2: I. M. Porudominsky: „Zur Frage der gonorrhoischen Arthritiden".

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia

Juli 1926, Bd. 1, H. 6

Über die durch Kalomelinjektionen hervorgerufenen lokalen Reaktionen (Sulle reazioni locali da iniezioni di calomelano), von A. Scarpa-Bologna. Überblick über den Mechanismus und die Pathologie der bei Kalomelinjektionen so oft beobachteten Nebenerscheinungen, vor allem der Infiltrate und Abszesse. Besonders wichtig aber sind die bisher nur selten publizierten gummösen Affektionen um die Stichstelle, von denen Verf. folgende 3 Fälle berichtet: 1. 26jähr. Pat. mit manifester Syphilis, 1924 4 Kalomelinjektinoen. 4 Monate nach der letzten an der Injektionsstelle ein Infiltrat, welches exulzerierte und die typische Form eines gummösen Geschwürs annahm. WR positiv. Spirochäten im Geschwür nicht nachweisbar. Besserung auf Arsenobenzol. 2. Pat., 280 Injektionen eines löslichen Präparates im Verlaufe von 5 Jahren, bekam wegen Rezidiven weitere Kalomelinjektionen à 0,5. 6 Monate darauf an der Injektionsstelle ein ähnliches gummöses Geschwür wie bei Fall 1. 3. Eine Pat. hatte innerhalb 25 Jahren 300 Kalomelinjektionen erhalten. 1923 Aufteten eines typischen gummösen Geschwürs an der Stichstelle. WR positiv. Verf. nimmt an, daß es sich in seinen Fällen um die Folgen einer Traumatisierung handle, sei es mechanischer, sei es chemischer Natur bei Verminderung oder Fehlen der Lokalimmunität.

Lupus vulgaris und kongenitale Syphilis (Il lupus volgare e la sifilide congenita), von G. Verrotti-Catania. 1. Fall von lupiformem Hautphagedänismus bei einer Luetikerin. 2. Fall von Kombination von Lupus vulgaris und Syphiloderma lupiforme. 21jähr. venerisch nicht infizierte Frau. Vater starb an P. P., die Mutter hatte 7 tote Kinder und 5 Frühgeburten. 1912 Ulzeration der Nasenflügel, des Nasenseptums. WR negativ, Pirquet positiv. Die damalige Diagnose schwankte zwischen Lues und Lupus. 1915 ist die Läsion stark vergrößert und hat den Anblick eines Lupus exulcerans. Nach Hg und Neos. allmähliche Heilung. 1921 Lupus auf allen Fingern der rechten Hand und des linken Fußes. Rechtsseitige Gonitis. WR negativ, Pirquet positiv. 3. Ein sehr seltener Fall von Kombination von Syphilis und Lupus vulgaris in derselben Hautläsion. 4. Typischer Lupus vulgaris bei einem Heredoluetischen. Bei Heredolues äußert sich die Prädisposition der Haut für tuberkulöse Prozesse in verschiedener Abstufung, und zwar folgendermaßen: a) durch torpiden Verlauf des syphilitischen Prozesses; b) durch kutanen lupös-syphilitischen Hybridismus, welcher mehr durch klinische als biologische oder experimentelle oder therapeutische oder histologische Kriterien bewertet werden kann; c) durch gleichzeitiges Vorhandensein luetischer und lupöser Manifestationen auf verschiedenen Körperpartien; d) durch den Befund eines typischen Lupus vulgaris. Allen diesen verschiedenen Formen entspricht auch eine verschiedene Wirksamkeit der antiluetischen Kuren.

Über einen Fall von familiärer Ichthyosis (Sopra un caso di ittiosi familiare), von P. Fornara-Novara. Ichthyosis congenita bei einem 11jähr. Kinde mit Infantilismus (Typus Brissaud) und thyreoider Dysfunktion.

Beitrag zur antiluetischen Wirkung des Stovarsol, des Spirozid und des Treparsol (Contributo ail'azione antisifilitica dello stovarsolo, dello spirocid e del treparsolo), von L. Beretvas-Palermo. 15 Fälle, den verschiedenen Stadien angehörend. Resultate: Gute bei 4 Fällen von P.A. Von 5 Fällen sekundärer Syphilis wurde Heilung bei drei in klinischer und serologischer Hinsicht erzielt. In 1 Falle Rezidive noch während der Kur. Bei 1 Falle von latenter Syphilis gutes klinisches Resultat. In allen Fällen prompte spirochätozide Wirkung und gute Verträglichkeit auch der stärksten Dosen.

Der arterielle Druck bei den Syphilitikern (La tensione arteriosa nei sifilitici), von E. Chiappini-Bologna. Die Syphilis kann einen Einfluß auf die Veränderungen des arteriellen Druckes erst einige Jahre nach der Infektion nehmen. Die durch die

Digitized by Google

Syphilis in den Wänden der großen Gefäße, Organen und den endokrinen Drüsen usw. hervorgerufenen Veränderungen können eine genügende Ursache für einen gesteigerten oder verminderten arteriellen Druck werden. Eine wenn auch rasch eingeleitete spezifische Behandlung hat keinen oder höchstens vorübergehenden Einfluß auf den arteriellen Druck.

Durch Bacterium coli hervorgerufene Onychie und Perionychie (Onissi e Perionissi da Bacterium Coli), von M. Artom-Novara. Der Fall betraf den Nagel des 3. und 4. Fingers bei einem 41jähr. Straßenkehrer und hatte das typische Aussehen einer gewöhnlichen oder durch Trichophyton hervorgerufenen Affektion. Durch genaue kulturelle Proben wurde aber vom Verf. Bacterium coli einwandfrei nachgewiesen. Derselbe Keim wurde auch aus den Fäzes reingezüchtet. Interessant ist auch, daß eine antiseptische Behandlung erfolglos war, während Verf. durch die Applikation von Gazestreifen, die in einer Emulsion der vom Pat. reingezüchteten Kulturen getränkt waren (von 100 Millionen bis 3 Milliarden Keimen ansteigend), binnen 3 Wochen vollständige Heilung erzielte.

Beitrag zum Studium der Knochensyphilis (Osteoperiostitis gummosa des Armknochens mit Spontanfraktur) (Contributo allo studio della sifilide ossea [osteoperiostite gommosa dell'omero con frattura spontanea]), von G. Bertaccini-Genua. Eine 46jähr. gut behandelte Luetikerin erlitt zunächst durch ein Trauma eine Anschwellung am Oberarm, gegen welche eine Bi-Kur sich als erfolglos erwiesen hatte. Bei leichtem Stützen auf den rechten Arm verspürte sie einen heftigen Riß. Die Röntgenuntersuchung ergab im unteren Drittel des Oberarms eine Fraktur, die auf eine Hg- und Neosalkolkur bei gleichzeitiger Eingipsung nach 1 Monat heilte. Verf. hält die Fraktur für spontan.

E. Freund-Triest.

The British Journal of Venereal Diseases

1926, Bd. 2, Nr. 7

Marriage and Syphilis (Ehe und Syphilis), von G. Riddoch. S. 219. Mit dem Verlauf der Krankheit nimmt die Infektiosität zwar ab, aber durchaus nicht stetig. Der Glaube, daß nach 4 Jahren die Ansteckungsfähigkeit erloschen ist, trügt: Von 6 Männern, die sich trotz latenter Syphilis nach Ablauf von 3—6 Jahren verheirateten, bekamen 5 Frauen einen positiven Wassermann, und 4 davon gebaren syphilitische Kinder. Die allgemein übliche 4jährige Wartezeit sollte nur bei besonders gründlicher Behandlung und Beobachtung verkürzt werden und nur, wenn Blut und Zerebrospinalflüssigkeit auch nach einer Provokation ständig negativ sind. Man soll sich zwar nicht auf einen einmaligen negativen Wassermann verlassen, sich aber auch hüten, Syphilophobie zu züchten.

Marriage and Syphilis (Ehe und Syphilis), von P. N. Panton. S. 223. Von einer absoluten Heilung kann man nur bei Abortivkuren der Syphilis sprechen; trotzdem wird aber auch dabei noch völlige Alkoholabstinenz empfohlen. Auf den einzelnen Wassermann ist wenig Verlaß, besonders, wenn er nicht ausgesprochen positiv ist. Dasselbe Blut wird in einem anderen Laboratorium möglicherweise negativ bezeichnet. Patienten mit negativem Wassermann können offene infektiöse Stellen haben. Ein schon 2 Jahre lang negativer Wassermann kann noch ins Positive umschlagen.

Marriage and Syphilis (Discussion) (Ehe und Syhilis). S. 225. Schon Fournier hat trotz Feststellung der 4-Jahresgrenze einen Fall berichtet, der nach 18 Jahren infizierte. Zuviel Pessimismus ist aber nicht angebracht, da Syphilophobie durch Selbstmord oft zum Tode führt. Auch bei positivem Wassermann braucht nicht unbedingt Infektiosität vorhanden zu sein, und bei Einverständnis der Frau kann eine Ehe eingegangen werden.

The Routine Treatment of Gonorrhoea and Syphilis (Behandlungsschema der Gonorrhoe und Syphilis), von Hoffmann, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 231. Kurzer Auszug aus dem Buch des Verfassers: Die Behandlung der Haut und Geschlechtskrankheiten.

Notes on Malaria in the Treatment of General Paralysis of the Insane (Notizen über die zur Paralysebehandlung verwandte Malaria), von H. M. Hanschell-London. S. 235. Plasm. falcipar. ist bei Paralyse unwirksam und führt leicht zur Hirnmalaria und zum Tode. Plasm. vivax, der Erreger des Tertianafiebers ist am gutartigsten und wirksamsten. Der Erreger des Quartanafiebers ist selten benutzt worden.

Digitized by Google

Bei intravenöser Zufuhr dauert die Inkubation 4—8 Tage, bei subkutaner 6—31, bei Skarifikation 10—16 Tage. Auch bei Plasm.-vivax-Infektion kommen Todesfälle vor. Das Blut muß daher täglich auf zu starkes Ansteigen der Parasiten kontrolliert werden. Die besten Resultate werden nach 10—12 Fieberanstiegen erreicht. Bei latenter Malaria können zwar Salvarsaninjektionen einen Rückfall hervorrufen, doch kann man frische Malaria durch Salvarsan kupieren.

The Treatment of Gonorrhoeal Infections by Diathermy (Gonorrhoebehandlung mit Diathermie), von H. Gluckman-London. S. 248. Von der Anwendung höherer Temperaturen, die nur bei Anästhesie erträglich sind, ist man abgekommen, da an den Elektroden leicht Verbrennungen entstehen. Es wird über eine erfolgreiche Abortivkur bei einer frischen Blennorrhoe durch eine 2stündige Sitzung mit durchschnittlich 42° berichtet. Bei Posteriorerkrankung sind durch Serienbehandlungen mit gebogener Elektrode von 20—30 Minuten Dauer und Temperaturen bis 43° erhebliche Besserungen auch bei Prostatitis erzielt worden. Zumeist mußte die Behandlung durch Massage und Spülungen ergänzt werden. Bei Arthritiden war nur die direkte Behandlung der Gelenke erfolgreich. Ein indirekter Einfluß bei Behandlung der Samenblasen war nicht zu erkennen.

The Reaction of the Cerebrospinal Fluid to the Acetic Anhydride Test (Die Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit auf Azetanhydrid), von J. P. Steel-Edinburgh und J. E. Nicole-London. S. 243. Die Azetanhydridprobe ist eine Farbreaktion die mit der Spinalflüssigkeit innerhalb weniger Minuten ausgeführt werden kann. Sie ist empfindlicher als die Globulinreaktion und gibt fast immer die gleichen Resultate wie Langes kolloidale Goldprobe. F. Rosenthal-Berlin.

Il Dermosifilografo

1. Jahrg., August 1926, Nr. 5

Über den Wert der neuen Reaktion nach Sachs-Klopstock für die Serodiagnose der syphilitischen Infektion (Sul valore della nuova reazione di Sachs-Klopstock per la sierodiagnosi della infezione luetica), von C. Gamna und G. Andrei-Turin. Die Verff. haben auf persönlichen Wunsch von Sachs bei 300 Seren, bei gleichzeitiger Vornahme der WR und MR, die Reaktion nach SK ausgeführt, sich streng an die vorgeschriebene Technik haltend, wobei auch den klinischen Daten Rechnung getragen wurde. Resultate: Von 70 nach der WR und MR positiven Seren gaben 63 ein positives, 7 ein negatives Resultat. Von 208 nach der WR negativen Seren ergaben 203 ein ebensolches und 5 ein positives Ergebnis. Bemerkenswert das überaus seltene Vorkommen von nichtspezifischen Reaktionen und die deutliche Reaktion in positivem oder negativem Sinne, wie aus folgender Zusammenstellung hervorgeht: Von 10 Seren, welche nach der WR und MR zweifelhaft waren, ergaben 2 eine positive und 8 eine negative SKR, und von 15 nach der WR und MR schwach positiv reagierenden waren alle negativ (von diesen waren 5 Sera von eben behandelten Luetikern herstammend). Die Reaktion hat sich also wenig empfindlich gezeigt. Verf. kann sich noch nicht definitiv über den Wert der neuen Reaktion aussprechen, doch scheint ihm dieselbe vielleicht der MR wegen der Schnelligkeit und Leichtigkeit der Durchführung, der leichten Ablesbarkeit und wegen der Seltenheit aspezifischer Reaktionen vorzuziehen sein.

Hyperthermische Kuren bei chronischer Urethritis (Le cure termoiperemiche nelle uretriti croniche), von G. Maggiulli-Genua. Behandlung mit der Heizsonde (Firma Agema in Berlin). 1. Gute Erfolge bei mehreren Fällen von Urethr. chron. anter. ohne Gkk.-Bef. 2. Bei Fällen mit Urethr. gon. post. wurde zwar keine Besserung der objektiven, aber der subjektiven Symptome erzielt. 3. Bei den Fällen von Urethr. gon. ant. et post. mit Gonokokkenbefund (Behandlung mit der Sonde von Kobelt) wurde nach vorausgeschickter Spülung objektiv und subjektiv ein gutes Resultat, bestehend in Schwund der Gonokokken und Abnahme der Sekretion, erzielt. Besonders eklatant kam dies in einem Falle von Hypospadie mit parauretralen Gängen zutage.

Empfiehlt es sich, die orale antisyphilitische Behandlung wieder einzuführen? (Conviene rimettere in uso la cura antisifilitica „ab ore"?), von D. Barduzzi-Siena. Verf. wendet sich gegen die versuchte Einführung der oralen Therapie insbesondere mit Spirozid oder Stovarsol, wobei er als Gegengründe die Giftigkeit der Mittel und deren geringe Wirksamkeit anführt. Ebenso lehnt er dieselben als Prophylaktika ab, da sie unwirksam seien.

Digitized by Google

Die Hydrologie in ihrer Beziehung zu den Hautkrankheiten (La idrologia in rapporto con le mallattie cutanee), von P. Piccinini-Mailand. Verf. ist der Ansicht, daß die Kliniker sich für die Hydrologie (= Crenotherapie) interessieren müßten, da man bei entsprechender Auswahl der Mineralwässer bei den verschiedenen Hautkrankheiten Besserung und selbst Heilung erzielen könne. Die günstige Wirkung der Schwefelwässer besteht nach Marcorri in der antiseptischen, den Stoffwechsel anregenden Eigenschaft. Die günstige Wirkung der Jodbäder ist noch nicht geklärt. Ferner kommen in Betracht arsen- oder eisenarsenhaltige und alkalische Wässer. Von den Krankheiten, welche für die Behandlung mit den genannten Wässern sich eignen, seien genannt: „Akne, die verschiedenen Lichenformen, Prurigo, Urtikaria, Psoriasis, Pityriasis, Ekzeme aller Art, Herpes, trophoneurotische Dermatitiden usw. Schließlich meint Verf., daß diese Wässer auch auf die anaphylaktischen Vorgänge bei den Hautkrankheiten Einfluß haben.

1. Jahrg., September 1926. Nr. 6

Pathologisch-anatomischer Beitrag zur Lepra des männlichen Genitales (Contributo anatomo-patologico alla lepra genitale maschile), von A. D. Torre-Perugia. Histologische Untersuchung der Hoden von zwei an Lepra Verstorbenen. Tun. albuginea verdickt, besteht aus parallelen Bündeln eines fibrohyalinen Gewebes ohne Zeichen von Infiltration. Die Wände der Samenkanäle sind durch ein sie konzentrisch umgebendes Bindegewebe verdickt; ihr Lumen ist teilweise verschlossen, während das verdickte Stroma die einzelnen Tubuli seminif. förmlich isoliert. In diesem Stroma sieht man weder Gefäße, noch interstitielle Zellen. Sonst finden sich die Tubuli durch Infiltrationsherde ersetzt. Die Blutgefäße zeigen teils Verdickung der Wände, teils Obliteration. Dasselbe Bild zeigt auch die Hellersche Schicht, die Nebenhoden und das Vas deferens. In den Samenkanälchen und dem interstitiellen Gewebe finden sich zahlreiche Leprabazillen und Riesenzellen, während sie im Gefäßlumen selbst fehlen. Außerdem finden sich die Bazillen in den Nebenhoden und im interstitiellen Gewebe. Typische Plasmazellen finden sich nur selten. Verf. bespricht die drei bekannten Vererbungstheorien der Lepra und neigt der Ansicht zu, daß in seinen Fällen wegen der großen Zahl der Bazillen in den Samenkanälchen eine intrauterine Infektion möglich gewesen wäre, aber nur im ersten Stadium, weil in einem späteren bereits wahrscheinlich Impotentia coeundi und generandi eingetreten sein müsse.

Schwere Harnröhrenstriktur durch diffuse syphilitische Infiltration (Grave stenosi uretrale da infiltrazione diffusa sifilitica), von A. Masia-Genua. Fall von hochgradiger Urethralstenose, welche schon 2 Jahre nach der Infektion mit Syphilis und trotz verschiedener und ausreichender Hg-Salvarsankuren aufgetreten war und nicht nur die Harnröhre des Penis, sondern auch die Portio scrotalis betraf, sich durch äußerst schwere Symptome (fast vollständigen Harnverschluß) auszeichnete. WR und MR stark positiv. Heilung durch antiluetische Kur.

Über den Einfluß der Arsen- und Quecksilberexantheme auf den Verlauf der Syphilis (Influenza delle eruzioni arsenicali e mercuriali sulla evoluzione della sifilide), von A. Fontana-Turin. Auf Grund von 6 Fällen, wo verschiedene mehr oder weniger schwere Exantheme nach Arsenobenzolinjektionen auf den Verlauf der Lues gar keinen Einfluß hatten, glaubt Verf., daß der Weiterverlauf der Infektion in seinen Fällen mehr von der Intensität der Kuren vor dem Ausbruche des Exanthems als von diesem abhänge.

Über den Ersatz der Maltose und Glukose in den Sabouraudschen Kulturböden durch den Honig (Sulla sostituzione del miele al maltosio e al glucosio nei terrent di Sabouraud), von M. Scopesi-Florenz. Schlußfolgerungen: 1. Der Honig kann in den Nährböden für Myzeten die Glukose und Maltose sehr gut ersetzen, ohne daß es, abgesehen von einer größeren Tendenz zu Pleomorphismus, zu sichtbaren Veränderungen in der Entwicklung der Pilze kommt.. 2. Die verschiedene Provenienz des Honigs hat keine Bedeutung für die Entwicklung der Pilze und dies auch bei verschiedener chemischer Zusammensetzung nicht. Eine weitere Untersuchung dieser Frage scheint von größerem Interesse, weil man auf diese Weise zu einem weniger kostspieligen und für die ganze Welt vollständig gleichen Nährboden gelangen könne.

Herxheimersche Reaktion infolge von intramuskulären Injektionen von kolloidalem Bismut (Reazione di Herxheimer in seguito a iniezioni endomuscolari di bismuto colloidale), von M. Cipriani-Ascoli Piceno. Pat. mit latenter Lues (Infektion vor 9 Monaten, bisher nur einmal, aber ungenügend mit Salvarsan behandelt) wird mit einem

Digitized by Google

kolloidalen Bi-Präparat (Bismuthoidol Robin) behandelt. Während die 1. Injektion keine allgemeinen Reaktionen macht, treten einige Stunden nach der 2. Injektion Schüttelfrost, 39,2° Fieber, Kopfschmerzen, Übelbefinden und Gelenkschmerzen auf. Am folgenden Morgen an den Handgelenken und dem unteren Drittel der Beine ein juckendes Erythem, welches stellenweise papelartigen Charakter und Kupferfarbe hat. Nach 2 Tagen alle Erscheinungen geschwunden. Eine Woche später wird eine 3. Injektion vorgenommen, nach welcher die gleichen Erscheinungen, aber in höherem Grade, auftreten, und zwar Tobsuchtsanfälle mit Selbstmordidee, leichte Mydriasis, Nackenstarre, Trousseauscher Streifen, Hyperämie, 40° Temperatur, Puls 120, leichte Albuminurie. Auch diese Erscheinungen waren am nächsten Tage geschwunden. Verf. sieht in beiden Anfällen eine typische Herxheimersche Reaktion der Haut und der Meningen und empfiehlt, bei rezenter Lues kolloides Bi entweder gar nicht oder erst nach Vorbehandlung mit einer öligen Suspension anzuwenden.

Akzidentelle extragenitale Infektion mit Syphilis mit seltenem Sitze (Contagio accidentale di sifilide in sede extragenitale poco comune), von M. Divella-Bari. Fall von Extragenitalsklerose der Bauchgegend bei einer Frau, deren Mann eine rezente Syphilis hatte. Interessant für den Mechanismus der Infektion ist die Angabe der Patientin, daß sich die Sklerose an einer Stelle entwickelt hätte, wo sie von ihrem Kinde scherzweise mit einer Gabel gestochen worden sei.

Die Mentagra des Plinius (La mentagra di Plinio), von P. A. Meineri-Turin. Nach Verf. schreibt Plinius im 26. Band der „Storia naturale" folgendermaßen über den Ursprung der Mentagra: „Der griechische Name ‚Lichen' wurde scherzweise lateinisch Mentagra genannt. Die Krankheit war dadurch ausgezeichnet, daß sie in vielen Fällen das Gesicht, mit Ausnahme der Augen, den Hals, die Brust und die Hände bedeckte, wobei es zur Bildung von häßlichen Schuppen kam. Diese Krankheit, früher in Rom unbekannt, trat zuerst unter Tiberius Claudius auf, wo ein gewisser Peruginus, ein römischer Ritter, diese ‚Malediktion' aus Asien einschleppte. Das Übel befiel niemals die Frauen oder die Sklaven oder die Plebs, sondern nur die Herren und ganz besonders auf dem Wege des Kusses. Es wurde mit Feuer behandelt. Aus Ägypten kamen einige Ärzte eigens nach Rom, um die Krankheit zu behandeln, so z. B. zahlte der Prätor Manlius Cornutus 200 Sesterzen für die Behandlung des Übels." Verf. glaubt, daß unter „Mentagra" die Sycosis trichophytica gemeint sei, was auch die Ansicht von Bazin ist. Später wollte man in der „Mentagra" Syphilis sehen. Faktum ist, daß Mattioli in seinem berühmten Dialog über die gallische Krankheit ausdrücklich erwähnt, daß beide Krankheiten nicht identisch seien. Mit der Zeit kam die Bezeichnung Mentagra immer mehr und mehr außer Gebrauch.

Jahrg. 1, Oktober 1926, Nr. 7

Die kongenitale Syhilis in Wissenschaft und Praxis (La sifilide congenita nella dottrina e nella pratica), von G. Verrotti-Catania. Besprechung der neueren Ansichten, von denen die wichtigste ist, daß das Prophetasche Gesetz nicht mehr in seinem vollen Umfange zu Recht bestehe. Dann beschreibt Verf. eingehend die einzelnen Phasen der Durchseuchung der Frucht durch die Spirochäten und führt die diesbezüglichen Theorien von Potain und Hutinel an. Die tardive Syphilis könne wohl im kindlichen als auch im jugendlichen, oder reifen oder greisen Alter durch verschiedene Krankheiten provoziert werden, nach Verf. oft durch Influenza. Ausführliche Besprechung der Symptome, die er in spezifische und aspezifische teilt.

Hämatologische Studien der Lepra (Studio ematologico nella lebbra), von P. Luridiana-Cagliari. Blutbilduntersuchungen im Lepraasyl von Cagliari: 1. Fast alle Leprakranken zeigen leichte Anämie, selten das Vorkommen von gekörnten oder in Karyokinese begriffenen Blutkörperchen. 2. In einigen Fällen wurde Polychromatophilie beobachtet. 3. Das Verhältnis der Leukozyten ist nicht immer normal, und zwar a) man findet teils Verminderung, teils Vermehrung der Lymphozyten (5mal 35%); b) die Zahl der großen Monozyten und der Übergangsformen ist im allgemeinen vermehrt; c) die Zahl der Eosinophilen ist wenig höher als normal (4mal 15%); d) die polynukleären Neutrophilen zeigen eine Rechtsverschiebung nach der Arnethschen Formel. Verf. schließt, daß das Studium seiner 36 Fälle nicht berechtigt, aus dem Blutbefund irgend welche Schlüsse auf die Differentialdiagnose der verschiedenen Formen zu ziehen.

Digitized by Google

Beiderseitige Erkrankung des Labyrinths bei luischer Meningitis (Neurolabirintite bilaterale da meningite luetica), von F. Bernucci-Turin. 26jähr. Arbeiter. Syphilisinfektion 1924. Ungenügende Behandlung. Plötzliche Ertaubung. Reflexe, Psyche normal. Leichter Romberg. Schwere Gleichgewichtsstörung beim Rückwärts- und teilweise Vorwärtsgehen. Beiderseits Mydriasis. Akkom.-Refl. fehlt. Die Untersuchung des N. acust. ergibt beiderseits Neurolabyrinthitis. Die Liquoruntersuchung ergibt als Hauptbefund: hochgradige Pleozytose, Roß-Jones und Nonne-Apelt stark positiv, ebenso die WR. Verlauf: Pat. klagt über Kopfschmerzen, ist apathisch. Eine gemischte Hg-Sa-Behandlung brachte fast vollständige Heilung. Pat. verläßt die Klinik mit fast normalem Hörvermögen. WR und MR negativ. E. Freund-Triest.

Mitteilungen aus der Literatur

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Über Elefantiasis congenita lymphangiectatica, von H. Wille, Path.-anat. Inst. Zürich. (Zieglers Beitr., 1926, Bd. 76, H. 1, S. 98.) Die Beobachtung betrifft ein 6 Tage alt gewordenes Kind mit angeborener Elefantiasis des rechten Beines und der rechten Rumpfseite. Gleichzeitig bestand eine Porenzephalie der linken Zentralwindung mit leichtem Hydrocephalus internus. Histologisch ergab sich an den elefantiastischen Teilen eine Vermehrung des Bindegewebes, in das als erweiterte Lymphkapillaren anzusprechende spastische Hohlräume eingefügt sind. Am Gehirn und Rückenmark und den diffus verfetteten weichen Häuten ebenfalls ausgedehnte Lymphangiektasien. Endlich gleichmäßige Erweiterung der Venen bis in die großen Stämme. Infolge dieser Stauung und des Geburtstraumas war es durch Einreißen kleiner Gefäße zur Blutfüllung einzelner Lymphräume gekommen. Da aktive Proliferationsprozesse fehlen, kann ein Lymphangiom im engeren Sinne ausgeschlossen werden. Doch sind die Lymphgefäße in abnormer Menge und an abnormem Ort angelegt, es handelt sich also um eine Hamartie. Die Ektasie ist einmal durch eine funktionelle Wandschwäche der Lymphgefäße, außerdem durch die venöse Messung bedingt, deren Ursache allerdings nicht ergründet wurde. Die Bindegewebsvermehrung ist auf dieselbe Ursache zurückzuführen.
F. Wohlwill-Hamburg.

Behandlung der Pernionen mit Milcheiweißinjektionen, von A. Grossmann-Burghölzli. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 36, S. 884—885.) Mit Einspritzungen von Aolan 0,3—0,5 intra- und subkutan gelang es, Pernionen verschiedener Grade zum schnellen Schwinden zu bringen; besonders angenehm wurde das Schwinden von Schmerzen, Jucken und Spannung empfunden. Keine unangenehmen Nebenerscheinungen nach der ersten Einspritzung. Bezüglich der weiteren Behandlung müssen noch Erfahrungen gesammelt werden. In manchen Fällen scheinen weitere Einspritzungen nicht erforderlich zu sein; in anderen wurden diese bei Wiederauftreten leichter Schwellungen und Rötungen wiederholt und waren dann mit einer 1—2 Tage andauernden Schmerzhaftigkeit und Rötung, sodann ödematöser Schwellung der Impfstelle verbunden. Wirkung langsamer als bei der ersten Einspritzung. Um anaphylaktische Erscheinungen zu vermeiden, ist es ratsam, mit kleinen, täglich oder jeden zweiten Tag wiederholten Einspritzungen zu beginnen. E. Levin-Berlin.

A Note on the Treatment of Varicose Veins by Injection Based on Fourteen Months' Experience (Bemerkung über die Behandlung von varikösen Venen mit Injektionen auf Grund von 14monatiger Erfahrung), von S. Alexander-London. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5369, S. 186.) Verf. benutzt seit Mai 1925 zur Behandlung von varikösen Venen die Injektionsbehandlung mit Natrium salicylicum. Er beginnt mit 30%iger Lösung und steigt allmählich auf 40%ige. Gute Erfolge in 100 Fällen. Keine Komplikationen. H. Colman-Berlin.

Heilung der Venektasien (Krampfadern) durch intravenöse Injektionen nach Linser, von H. Hülte-Budapest. (Gyógyászat, 1925, Nr. 52.) Verf. verwendet 20%ige Salz- oder 1—2%ige Sublimatlösung. Bei mehreren hundert Fällen nie ein Fehlschlag. Die Pat. können während der Behandlung ihrer Arbeit nachgehen. Manchmal kommt es während der Injektion vor, daß eine rasche, krampfhafte Zusammenziehung der Adern

Digitized by Google

ein wadenkrampfartiges Gefühl hervorruft, welches aber nur einige Minuten dauert. Der Stich wird von oben kranialwärts begonnen, und die Lösung fließt in den Adern abwärts. M. Porosz-Budapest.

The Treatment of Varicose Veins by Injection (Die Injektionsbehandlung von Varizen), von A. H. Douthwaite. (Brit. m. J., 1926. Nr. 3429, S. 554.) In 88 Fällen gute Erfahrungen mit der Injektion von: Chinin hydrochloric. 4,0, Urethan 2,0, Aq. dest. 30,0. Auf 5—7 cm Venengebiet wird $^1/_4$ ccm dieser Mischung injiziert. Mehr als 2 ccm in einer Sitzung sollen nicht appliziert werden. Das zu behandelnde Gebiet wird durch ein pneumatisches Tourniquet mit mäßigem Druck abgesperrt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Unterschenkelgeschwüren, von G. Magnus, Chir. Abt. Krkhs. „Bergmannsheil" Bochum. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 17, S. 555.) Wenn nicht durch einwandfreie Zeugenaussagen durch Personen, die den Kranken unmittelbar nach dem Unfall sahen (Arzt, Krankenwärter), bewiesen ist, daß eine frische Verletzung bestand, ist gegenüber Unterschenkelgeschwüren die größte Skepsis geboten. Das varikös veränderte Bein neigt ja in hohem Maße zu Geschwürsbildung, und es läßt sich später nur sehr schwer sagen, ob das fragliche Geschwür wirklich nur durch den Unfall entstanden ist. In solch zweifelhaften Fällen muß das Urteil dem Juristen allein überlassen werden. Zu fordern ist die frühzeitige operative Behandlung der Krampfader. H. Colman-Berlin.

Varicose Ulcer: Mechanism of its Causation and Cure, with Notes on the Associated Pain and Pupil Inequality (Ulcus varicosum: der Mechanismus seiner Entstehung und Heilung nebst Bemerkungen über die damit verbundenen Schmerzen und Pupillendifferenz), von J. Byrne-New York. (Am. J. m. sc., 1926, Bd. 172, Nr. 4, S. 553—565.) Der unmittelbare primäre mechanische Faktor bei der Entstehung ist eine Insuffizienz der oberflächlichen Venenklappen, ferner alle Faktoren, die den Rückfluß des Blutes von der unteren Extremität nach dem Herzen hindern. Sekundäre Momente (Infektionen, Vernarbung des Randes, endokrine Dysfunktion, Stoffwechselstörungen) kommen hinzu. Bei der Behandlung handelt es sich vornehmlich um Wiederherstellung der örtlichen Zirkulation. Die verschiedenen Behandlungsmethoden werden eingehend geschildert. Von Interesse und Bedeutung sind Veränderungen an den Pupillen, die sich auch bei sonstigen einseitigen Affektionen finden; bei dem Unterschenkelgeschwür wie bei anderen Affektionen unterhalb des Nabels ist in der Ruhe die Pupille der anderen Seite kleiner, bei Erregung oder Schmerz größer als die andere; bei Affektionen oberhalb des Nabels finden sich die entsprechenden Veränderungen an der gleichseitigen Pupille. Das kann unter Umständen von diagnostischer Bedeutung sein.
E. Levin-Berlin.

Les excellents résultats de la vaccinothérapie sur l'évolution des ulcères variqueux (Die ausgezeichneten Erfolge der Vakzinetherapie bei den varikösen Geschwüren), von L. Tixier und P.-R. Bize. (J. de méd. de Paris, 1926, Nr. 38, S. 791 bis 792.) Die Vakzinetherapie zeigte ihren günstigen Einfluß in einer die Heilung begünstigenden Veränderung des Geschwürsgrundes, der Ränder und der Umgebung. Auch gelangen danach ausgeführte Transplantationen besser als ohne sie. Angewendet wurden alle 2 Tage intramuskuläre Einspritzungen von Propidon, steigend von $^1/_2$—2 ccm.
E. Levin-Berlin.

Genuine diffuse Phlebektasie am Arm, von A. Schmidt, Chir. Univ.-Kl. Bonn. (D. Zschr. f. Chir.. 1926, Bd. 198, H. 5/6, S. 403—410.) Das Krankheitsbild, das sich bei dem 17jähr. Pat. schon bald nach der Geburt gezeigt hatte, bestand in diffusen Venenerweiterungen an der rechten Hand, den Fingern und erstreckte sich über Unter- und Oberarm bis auf Brust und Rücken. Alle Bewegungen der Extremität waren stark beschränkt. Röntgenbilder zeigten eine große Zahl von Phlebolithen in der ganzen befallenen Gegend. Wahrscheinlich handelt es sich um eine angeborene fehlerhafte Anlage eines Gefäßgebietes. Die ausgedehnten oder multiplen Kavernome und die venösen Rankenangiome sind klinisch kaum von den genuinen diffusen Phlebektasien abzugrenzen. Einen geschwulstartigen Charakter durch Neubildung von Gefäßen scheint diese nicht zu haben. E. Levin-Berlin.

Two Cases of Splenectomy in Purpura Haemorrhagica (Zwei Fälle von Milzentfernung bei Purpura haemorrhagica), von A. W. Falconer und A. R. Mac Lachlan-Kapstadt. (Lancet, 1926, Bd. 211, S. 5375, S. 493.) Bei einem 10jähr. Mädchen mit universellen Ekchymosen und Petechien, Nasenbluten und dem typischen Bild der thrombopenischen Purpura tritt nach Milzentfernung völlige Heilung ein. Bei einer

Digitized by Google

28jähr. Frau mit ähnlichem Hautbefund tritt während der Schwangerschaft eine Verschlimmerung auf. Die Milzentfernung schafft vorübergehende Besserung, doch stirbt die Pat. kurz nach der Entbindung. Die klinische Diagnose lautet auf Übergang einer thrombopenischen Purpura in aplastische Anämie. F. Rosenthal-Berlin.

Urtikaria und Erytheme

Therapie der Urtikaria mit heißen Bädern, von N. Róna-Temesvar. (Ther. d. Gegenw., 1926, Nr. 9, S. 429.) Verf. berichtet über günstige Wirkungen heißer Bäder von 40° Wärme bei Urtikaria, wo andere Medikationen ohne Erfolg geblieben waren. B. Peiser-Berlin.

Atophanyl bei Erythema exsudativum multiforme, von v. Pezold-Karlsruhe. (D. m. W., 1926, Nr. 34, S. 1431.) Es gelang dem Verf., in einer Reihe von Fällen von Erythema exsudativum multiforme durch intravenöse Applikation von Atophanyl rasch Heilwirkung zu erzielen. F. Harry-Wiesbaden.

Herpes

Zur Frage der Herpesätiologie, von W. Loewenthal, Hyg. u. Bakt. Inst. Bern. (Kl. W., 1926, Nr. 35, S. 1616.) Durch Verimpfung von menschlichem Herpesmaterial auf die Kaninchenkornea hat Verf. feststellen können, daß sich auf der infizierten Kornea Zell- und Kerneinschlüsse finden, die er eventuell für den Entwicklungsgang eines Protozoon und vielleicht des Herpeserregers hält. Nach unspezifischen Reizen der Kornea konnten ähnliche Befunde nicht erhoben werden. E. Langer-Berlin.

Zur Frage der Wertung der „Herpes-" und „Zosterkörperchen", von B. Lipschütz-Wien. (M. Kl., 1926, Nr. 38, S. 1456—1457.) Verf. wendet sich gegen die Auffassung von Luger und Lauda, daß es sich bei Herpes- und Zosterkörperchen um Kernveränderungen degenerativer Natur, die der Chromatolyse entsprechen, handelt. Daß dies nicht der Fall ist, zeigen Vergleiche mit zytologischen Befunden in Schnitten von einer Salvarsandermatitis. Hier finden sich degenerative Kernveränderungen der Epithelien, wobei der Kernraum mehr oder weniger von einer sehr schwach eosingefärbten, zarten, unscharf begrenzten körnig-fädigen Masse eingenommen wird; sie fehlt in den Kernen der Bindegewebszellen. Hingegen treten die Herpes- und Zosterkörperchen scharf umschrieben, plastisch hervor, haben eine besonders ausgesprochene Affinität zum Eosin und machen den Eindruck kompakter Gebilde. E. Levin-Berlin.

Herpes and Varicella (Herpes und Varizellen), von W. J. Meldrum-Leicester. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3423, S. 302.) Kurze Schilderung von 3 Fällen von Herpes intercostalis (2) und Herpes supraorbitalis (1), welche binnen 15 bzw. 18 Tagen das Auftreten von Varizellen bei anderen (jugendlichen) Mitgliedern der Familie im Gefolge hatten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes and Varicella (Herpes zoster und Varizellen), von H. Pereira. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3430, S. 597.) Familie von 6 Kindern, von denen das eine an einseitigem Herpes intercostalis erkrankte und die anderen 5 genau 17 Tage später sämtlich Varizellen aufwiesen, während der zuerst erkrankte Knabe keine Zeichen derselben darbot. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Histogénèse et évolution des vésicopustules aphteuses chez le cobaye (Histogenese und Entwicklung der aphthösen Eiterbläschen beim Meerschweinchen), von C. Levaditi, Alberca-Lorente und I. Galloway. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 24, S. 387.) Verff. untersuchten histologisch die nach experimentell erzeugter Herpesallgemeininfektion sekundären Bläschen der Zunge mit den üblichen Färbungen. Sie fanden eine epitheliale Lokalisation des Virus und glauben, die Infektion einer reinen „Ektodermose" (nicht neurotroper Art) gleichsetzen zu dürfen. Das aphthöse Virus sitzt wahrscheinlich intra-epidermal. Die Beteiligung der Epithelfibrillen läßt an eine Ausbreitung der ektodermalen Zellimmunität nach den tiefer liegenden Gewebsteilen hin denken. H. Colman-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Über Verbrennung, von L. von Zumbusch. (M. m. W., 1926, Nr. 36, S. 1489.) Ausgezeichnete, für den Praktiker bestimmte Abhandlung. F. Jacobsohn-Berlin.

Über Erfrierung, von L. von Zumbusch. (M. m. W., 1926, Nr. 38, S. 1584.) Zusammenfassung aller ätiologischen, klinischen und therapeutischen Gesichtspunkte, die dem Fachmann nichts Neues bringt. H. Lippert-Köln.

Digitized by Google

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie

An Investigation into the Aetiology of Impetigo Contagiosa (Ätiologische Erforschung der Impetigo contagiosa), von A. R. Balmain-Oxford. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5375, S. 484.) Bei bakteriologischen Untersuchungen der Blasen und des Sekrets hinter den Krusten wurden in der Mehrzahl der Fälle Staphylokokken und Streptokokken gleichzeitig gefunden, doch kann man experimentell allein mit den Streptokokken typische Impetigo contagiosa auf der Haut des erwachsenen Menschen erzeugen.
F. Rosenthal-Berlin.

Ekzem, Rosacea

Gesichtsekzem. I. Teil. Die Primeln sollten verboten werden, von F. Pinkus. (M. Kl., 1926, Nr. 37, S. 1406—1407.) Die Frage des Zustandekommens der Vergiftung ist noch nicht gelöst. Am häufigsten entsteht akutes Gesichtsekzem infolge von Primeln (66%), teils durch direkte Berührung, teils durch Betreten eines Raumes, in dem sich Primeln befinden. Die Empfänglichkeit ist ziemlich weit verbreitet; eine Desensibilisierung ist nicht möglich, vielmehr nimmt die Empfindlichkeit mit der Zeit zu. Jeder Mensch kann primelempfindlich gemacht werden. Zu empfehlen ist absolutes Verbot der Primeln.
E. Levin-Berlin.

Die Behandlung des Ekzems mit intravenösen Injektionen von 10%iger Kochsalzlösung, von J. Sellei, T. Bársony und E Liebner. (M. Kl., 1926, Nr. 42, S. 1610.) Die gute Wirkung der intravenösen 10%igen Bromnatriumeinspritzungen beruht wahrscheinlich nicht auf der Bromkomponente, sondern auf einer Veränderung der Kolloide im Blut bzw. Organismus. Die gleichen Erfolge waren bei Ekzemen, Dermatitiden, Dysidrosis mit 10%iger Kochsalzlösung zu erzielen (täglich 10 ccm intravenös), besonders schnell bei akuten nässenden Ekzemen, langsamer bei subakuten. Keine unangenehmen Nebenwirkungen. E. Levin-Berlin.

Eczema and Dental Disease (Ekzem und Zahnerkrankung), von A. A. Gomes. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3430, S. 590.) Bei einem 44jähr. Manne, der seit etwa 7 Jahren an wiederholten Ausbrüchen von Ekzem gelitten hatte und nunmehr seit $1^1/_2$ Jahren ununterbrochen an einem sich trotz andauernder Behandlung über den ganzen Körper erstreckenden typischen Ausschlag litt, konstatierte G. diffuse periodontale Läsionen, Pyorrhoe und sekundäre Veränderungen an den Alveolen sowie chronische Gingivitis. Nach Entfernung der (20) affizierten Zähne Heilung in 4 Wochen. Seitdem (Juni 1923) nur gelegentliche unbedeutende Rezidive. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Lichen

Le lichen plan de la bouche (Lichen planus der Mundhöhle), von Tardif. (Presse méd., 1926, Nr. 73, S. 1162.) In der Jeanselmeschen Klinik hat T. seit 1921 unter 60 Fällen von Lichen planus 32mal eine Mitbeteiligung der Mundschleimhaut gefunden, und bei 7 Pat. konstatierte er eine Lokalisation ausschließlich im Munde. An der Zunge zeigt sich die Affektion meist auf dem Rücken und an den Rändern, nur selten auf der unteren Fläche lokalisiert. Lippen, Gaumen, Tonsillen, Wangenschleimhaut sind auch oft Sitz der Läsionen; an letzterer Stelle sieht man sie meistens der Höhe der Zahnreihen entsprechend lokalisiert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Keratosen

Die Ichthyosis congenita. Ein Beitrag zur Klinik und Kasuistik der Ichthyosis congenita, von Frankenhaus, Säuglingsheim Stadt Barmen. (Mschr. f. Kinderheilkd., 1926, Bd. 33, H. 4, S. 310.) Beschreibung eines Falles von schwerer Ichthyosis congenita bei einer Frühgeburt. Neben den schweren Veränderungen der Haut Mißbildungen an Händen, Füßen und Gesicht. Infolge gangränöser Prozesse an den Fingern allgemeine Sepsis und Exitus. Mikroskopisch ergaben sich außer einer starken Vermehrung der Hornschicht der Haut keine besonderen Veränderungen.
R. Ley-Kreuznach.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Eine praktische Furunkelbehandlung, von E. Elsner. (Ther. d. Gegenw., 1926, H. 9, S. 429.) Nach Art der Bierschen Saugglocke verwendet Verf. zur Furunkelbehandlung ein möglichst weites Reagenzglas, das in seinem unteren Drittel stark erhitzt

Digitized by Google

wird, worauf es mit seiner Öffnung, deren Rand man zweckmäßig mit Vaseline einfettet, auf den Krankheitsherd aufgestülpt und einige Zeit angedrückt wird.
B. Peiser-Berlin.

Zur konservativen Furunkelbehandlung nach Schütz, von G. Braun, Univ.-Hautkl. Rostock. (D. m. W., 1926, Nr. 34, S. 1431.) Günstige Erfolge. Eine Inzision war nie notwendig. F. Harry-Wiesbaden.

Über konservative Behandlung von Furunkeln und Zellgewebsentzündungen, von Th. Zechlin, Standortlaz. Goslar. (D. m. W., 1926, Nr. 42, S. 1742.) Folgende Behandlung seit Jahren an großem Material als erfolgreich erprobt: Furunkel, Panaritien, Phlegmonen, Lymphangitiden und Staphylomykosen jeder Art werden bis auf einen Umkreis von 4—5 cm mit offizineller grauer Salbe bestrichen. Darüber heiße Umschläge mit weinsaurer Tonerde (1 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser). Neben der Hyperämie wirkt scheinbar noch das Hg als Reizkörper. Nach spontaner Eröffnung Eingießen von Bals. peruv. oder Ätzung mit Ac. carbol. Bei eventuellem Eintreten einer Hg-Dermatitis — für die Infektion scheinbar günstig — Verbände mit 10%iger Ichthyolsalbe oder Perubalsam. Chirurgische Behandlung nie notwendig. Gesichtskarbunkel bisher bei dieser Methode noch nie letal gewesen. H. Colman-Berlin.

Manganese in Furunculosis (Mangan bei Furunkulose), von M. L. Joung-St. Albans. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3419, S. 115.) Kurzer klinischer Bericht über einen Fall von erfolgreicher Verabreichung von Mangankollosol bei einem $1^1/_2$jähr. Kinde, das seit 6 Monaten an andauernden Schüben von Furunkeln gelitten hatte. Es wurde zunächst dreimal täglich 0.24 g nach der Nahrungsaufnahme 3 Tage lang gegeben, alsdann 0,3. Binnen 6 Tagen waren alle Furunkel verschwunden. Zur Sicherung des Erfolges wurde weitere 6 Tage lang mit dem Medikament in Gaben von 0.36 und 0,42 dreimal täglich zu verabreichen fortgefahren und des weiteren mit Ferromalzkollosol behandelt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung, von R. Demel und A. Heindl, I. Chir. Univ.-Klin. Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1926, Bd. 198, H. 5/6, S. 379—386.) Für die Beurteilung der Heilerfolge verschiedener Methoden kommen nur schwere (maligne) Fälle in Betracht. Die Malignität steht zum großen Teil zu dem Sitze des Furunkels im Gesicht (median) in Beziehung. Bei der Mehrzahl der gutartig verlaufenden Fälle ist streng durchgeführte konservative Behandlung angezeigt, Inzision oder Ignipunktur erst bei Abszeßbildung. Bei maligne verlaufenden Fällen, deren Symptome auf beginnende Thrombophlebitis der abführenden Vene schließen lassen, breite Spaltung des Herdes, eventuell Unterbrechung der abführenden Venen. Trotzdem in manchen dieser Fälle übler Ausgang durch Pyämie. E. Levin-Berlin.

Bekämpfung und Verhütung der Ohrfurunkulose, von F. Noltenius-Montevideo. (M. m. W., 1926, Nr. 43, S. 1796.) Heilung durch aktive Hyperämiebehandlung wird jeder anderen Therapie vorgezogen. H. Lippert-Köln.

Die Vererbungspathologie der Akne, von H. W. Siemens, Univ.-Hautkl. München. (M. m. W., 1926, Nr. 37, S. 1514.) Über die Erblichkeit der Akne, insbesondere der gewöhnlichen, ist nichts Sicheres bekannt; die wenigen Autoren, denen das familiäre Auftreten aufgefallen ist, haben dem wohl angesichts der Häufigkeit des Leidens keine Bedeutung zugelegt. Schon bei seinen früheren zwillingspathologischen Untersuchungen war Siemens zu der Ansicht gekommen, daß bei der Bildung der juvenilen Komedonen Erblichkeit eine Rolle spiele; neuerdings hat er nun an 28 Eineier- und 6 Zweieierpaaren die idiotypischen Grundlagen der Akne geprüft. Die vulgäre Akne ist in hohem Grade erblich bedingt, wobei diejenigen Fälle auszuschalten sind, bei welchen paratypische Faktoren äußerlich oder innerlich mitwirken (Teer-, Chrysarobin-, Jod-, eventuell Chlorakne). Bei diesen Fällen mag eine erbliche Disposition vorliegen; sie sind aber trotzdem als nichterblich zu betrachten, weil der paratypische Faktor bei ihnen ausschlaggebend ist. Für die Rosazea scheint es dem Verf. nur eine Frage der Zeit zu sein, daß deren hochgradige erbliche Bedingtheit festgestellt wird. Wahrscheinlich liegt bei der Acne vulgaris polyider Vererbungsmodus vor; zur weiteren Klärung bedarf es noch fernerer Untersuchungen. Auch bei Milien konnten enge Erblichkeitsbeziehungen nachgewiesen werden; bei ihnen ist nach des Verf. Ansicht ähnlich wie bei den Epheliden die Neigung zum multiplen Auftreten erblich. L. Leven-Elberfeld.

Homöopathie in der Dermatologie, von L. Stein-Nagybecskerek. (Gyógyászat, 1926, Nr. 34.) Günstige Erfahrungen mit Sulfur-jodatum-D 6-Tabletten bei Acne juvenilis und Furunkulose. M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Erysipel, Phlegmone

The Etiology of Erysipelas and Its Specific Therapy (Die Ätiologie des Erysipels und dessen spezifische Behandlung), von K. E. Birkhaug. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3428, S. 518.) Verf. hat vor 2 Jahren durch ein Agglutinations- und Resorptionsverfahren den Beweis erbracht, daß von den hämolytischen Erysipelkokkenstämmen 91% zu einer und derselben Gruppe in antigenetischer Beziehung gehören, und daß diese Gruppe in sehr präziser Weise sich von den anderen Gruppen der hämolytischen Streptokokken unterscheidet. Nachdem er dann in weiterem Verfolg dieser Forschungen bei Kaninchen eine dem menschlichen Erysipel durchaus entsprechende Erkrankung erzeugt hatte, gelang es ihm auch, die Tiere durch Anwendung eines durch Verarbeitung von Kulturen von Streptococcus erysipelatis hergestellten Serums gegen letale Dosen des Streptococcus erysipelatis immun zu machen, während dieselben der Einwirkung von anderen Streptokokken erlagen. Ferner hat B. vom Pferd und Esel ein therapeutisch wirksames Serum gewonnen. Von den behandelten 60 Pat. hatten 52 nur eine einmalige Injektion (100 ccm des nichtkonzentrierten bzw. 15 ccm des konzentrierten Serums) nötig, um bei rechtzeitiger Applikation eine prompte Besserung zu erzielen sowohl in bezug auf die lokalen wie auch auf die allgemeinen Symptome. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erysipèle de la face (Gesichtserysipel), von G. Drouet. (J. de méd. de Paris, 1926, Nr. 38, S. 789—791.) Für die Entwicklung des auf Streptokokkeninfektion zurückzuführenden Erysipels besteht eine gewisse Prädisposition; Frauen erkranken häufiger als Männer, Rezidive finden sich bei ihnen oft zur Zeit der Menstruation. Es handelt sich bei dem Prozeß um eine infektiöse ödematöse Dermatitis. Von Komplikationen können örtlich Eiterung, Drüsenschwellungen hinzukommen, Erscheinungen an verschiedenen Schleimhäuten, selten Septikämie. Ferner Nieren-, Nerven-, seltener Herz-, Gelenkstörungen. Prognose im allgemeinen günstig. Die örtliche Behandlung ist ohne wesentlichen Einfluß; für die Allgemeinbehandlung verschiedenartige Vakzine- und Serotherapie, bei der der Chok das wesentliche ist. E. Levin-Berlin.

Le rouget de l'homme; la transmission à l'homme du rouget du porc; l'évolution du rouget de l'homme; sérothérapie (toposérothérapie et sérotherapie générale) [Rotlauf beim Menschen; die Übertragung des Schweinerotlaufs auf den Menschen; Verlauf des Rotlaufs beim Menschen; Serotherapie (lokal und allgemein)], von R. Schrapf und E. Fouquet. (Presse méd., 1926, Nr. 71, S. 1126.) Landwirt, der sich beim Impfen seiner erkrankten Schweineherde mit dem (vorzüglich wirksamen) Leclaincheschen Serum mit der virusgeladenen Hohlnadel der Spritze verletzte. Nach unbedeutenden Lokalerscheinungen ausgebreitetes Erythem, Fieber und Schüttelfrost 14 Tage nach der Verletzung. Auf die Injektion von 20 ccm Serum unter die Bauchhaut erfolgte prompte Heilung. Besprechung ähnlicher Fälle in der französischen Literatur. Nach einer Inkubationsdauer von 1—2 Tagen entwickelt sich eine lokale Entzündung, die 10—11 Tage bestehen kann, bis Allgemeinerscheinungen auftreten. Sofort nach geschehener Infektion die Eingangspforte mit serumgetränkten Kompressen bedecken und einige Injektionen von Serum am bedrohten Gebiet in den Tagen der Latenz.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tropische Krankheiten

Further Observations on the Transmission of Cutaneous Leishmaniasis to Man From Phlebotomus Papatasii (Weitere Beobachtungen über die Übertragung von Hautleishmaniose auf den Menschen durch Phlebotomus Papatasii), von S. Adler und O. Theodor, Mikrobiol. Inst. Jerusalem. (Ann. of Trop. Med. and Parasit., 1926, Bd. 20, Nr. 2, S. 175.) Unter 3850 in Jericho 1925 untersuchten Sandflöhen fand sich positiver Befund von Herpetomonas in etwa 1‰ aller Fälle. Genaue anatomische Beschreibung der in Phlebotomus Papatasii gefundenen Herpetomonas. Verff. berichten über drei Übertragungsversuche auf den Menschen mit Ausstrichsaft von infizierten Sandflöhen, zwei davon verliefen positiv. 10% aller Sandflöhe infizierten sich durch Saugen an Orientbeulen. 11 Übertragungsversuche mit Material von künstlich mit Herpetomonas tropica infizierten Sandflöhen verliefen sämtlich negativ. (Beobachtungsdauer 3½—4 Monate.) Gute histologische Zeichnungen und anschauliche Lichtbilder sind der ausführlichen Arbeit beigegeben. P. Unna jr.-Hamburg.

Empfänglichkeit des europäischen Hamsters (Cricetus frumentarius) für Kala-Azar, von M. Mayer, Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrkht. Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1926. Bd. 30, H. 8, S. 347.) Angeregt durch Smyly und Young 1924

Digitized by Google

gelungene Übertragungen von Kala-Azar auf chinesische Hamster (Cricetulus griseus) überimpfte M. Mayer mit positivem Erfolg drei europäische Hamster mit Leberpunktionssaft von Kala-Azar. Alle Organe der Versuchstiere waren stark infiziert.
P. Unna jr.-Hamburg.

Die Behandlung des Ulcus tropicum mit Desitin, von O. Wehrle-Monrovia. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1926, Bd. 30, H. 8, S. 348.) Warme Empfehlung der Desitinsalbe. P. Unna jr.-Hamburg.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Hauterkrankungen und innere Medizin, von A. Buschke und M. Gumpert, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. (Zschr. für ärztl. Fortb., 1926, Nr. 17, S. 545 u. Nr. 18, S. 581.) Fortbildungsvortrag. Psoriasis und Lichen ruber werden nicht als spezifische Erkrankung, sondern als konstitutionelle Reaktionsform aufgefaßt, wobei die Psoriasis deutlich eine Vererbung beobachten läßt. Bei der Besprechung der Blasenbildung wird erwähnt, daß der Pemphigus möglicherweise auf einer Erkrankung im Sympathikusgebiet beruht, für welche das — in zwei Fällen als schwer erkrankt befundene — Zwischenhirn das übergeordnete Zentrum darstellt. Das Auftreten des Pemphigus und seiner Abarten bei Schwangerschaft und ihr Aufhören mit diesem Grundvorgang beweisen die Abhängigkeit vom endokrinen System; dabei wird ein interessanter, mit Gravidität nachträglich kombinierter Fall von Pemphigus mitgeteilt, bei welchem die Einleitung der Frühgeburt keinen Einfluß auf das Leiden gewinnen konnte. Eine besondere Berücksichtigung erfahren die Zusammenhänge der Dermatosen mit den Stoffwechselerkrankungen, und bei der Besprechung der nach Nahrungsmitteln auftretenden Farbstoffablagerung wird der Aurantiasis gedacht. Bei der kurzen Schilderung der Hauttumoren wird die infektiöse Natur der Mycosis fungoides als ziemlich sicher bezeichnet und auf den diagnostisch wichtigen Zusammenhang der Acanthosis nigricans mit malignen Tumoren hingewiesen. Endlich wird der Zusammenhang des Eiweiß- und Harnsäureumsatzes mit Psoriasis und Erythema nodosum, die Bedeutung der Stickstoff- und Fettretention beim Milchschorf der Säuglinge, der Salzstoffwechselstörungen bei Kinderekzemen und die Bedeutung der Ionenverschiebungen sowie des Vitaminmangels für die Haut geschildert.
F. Winkler-Wien.

Über Beziehungen zwischen Hautleiden und endokrinen Störungen. Ein Fall von Poikilodermia atrophicans, kombiniert mit Mangel der Ovarien, Uterusatrophie, juveniler Katarakt und Übererregbarkeit des Parasympathikus, von B. Bloch, Derm. Klin. Zürich. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 31, S. 753—756.) Die Drüsen mit innerer Sekretion sind von allen Organen am häufigsten Sitz innerer Störungen, die für pathologische Veränderungen des Hautorgans in Betracht kommen. Welcher Art die Störung ist, läßt sich im Einzelfalle gewöhnlich nicht sagen, oft nicht einmal, welche endokrine Drüse primär verantwortlich zu machen ist, oder ob Dermatose und endokrine Störung gemeinsam von einer dritten Ursache abhängen. In einem hier näher beschriebenen Falle einer 24jähr. Pat., die niemals menstruiert war, in früher Kindheit an Katarakt beider Linsen gelitten hatte, bestand eine teils diffuse, teils mehr herdartige Atrophie der Epidermis mit Einschluß ihrer Anhangsgebilde, ferner eine teilweise abnorm geringe, zum größten Teil jedoch gesteigerte, netzförmig oder in Flecken angeordnete Pigmentation und schließlich teleangiektatische Bezirke. Das Bild ähnelt am meisten der Poikilodermie, zu deren sonstigen Symptomen hier noch mangelnde Entwicklung der Schweißdrüsen und der Haare (der Lanugohaare sowie des durch die Sexualentwicklung bedingten Haarkleides der Achselhöhlen und der Pubes) kam. Die Poikilodermie ist mit verschiedenen endokrinen Störungen in Beziehung gebracht worden. In dem vorliegenden Falle konnten Störungen von seiten der Thyreoidea oder der Hypophyse nicht nachgewiesen werden, hingegen solche der Sexualorgane. Es fehlten anscheinend die inneren Fortpflanzungsorgane, Uterus, Adnexe, Ovarien vollständig, äußere Genitalorgane und Becken infantil, Mammae viril, Warzen kaum angedeutet. Fernerhin ergaben die pharmakodynamischen Prüfungen eine ausgesprochene Übererregbarkeit des parasympathischen Nervensystems. Die am meisten in die Augen fallenden kutanen Störungen stellen also keine isolierte Krankheitserscheinung dar; über den inneren Zusammenhang der verschiedenen nachgewiesenen Störungen läßt sich nichts sagen.
E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

A Study of Sprue and Addisonian Anaemia (Eine Studie über Sprue und Addisonsche Anämie), von H. B. Newham u. R. M. Morris. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5371.) Auf Grund einer ausführlichen Arbeit, in der Ätiologie, Symptome und physikalische Untersuchungsergebnisse (2 Abbildungen von primärer Glossitis bei beiden Krankheiten), Prognose und insbesondere eine ganz genaue Definierung der Blutveränderungen abgehandelt werden, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Sprue und Addisonsche Anämie sind durchaus verschiedene Krankheiten, wenn auch mit einigen gemeinsamen Symptomen. Sprue ist die Krankheit bestimmter Tropengebiete, Addison dagegen nicht an die Gegend gebunden. Die typische Anämie ist Begleiterscheinung beider Krankheiten. Addison ist prognostisch viel ungünstiger. Die Anämie der Sprue ist eine Folge der Gastrointestinalerkrankung, also sekundär; bei Addison ist es umgekehrt eine Erkrankung der blutbildenden Organe mit sekundären gastrointestinalen Störungen. Der hochgradige Gewichtsverlust ist typisch für Sprue infolge Störung der Nahrungsassimilation. Die toxische Wirkung auf zentrales und peripheres Nervensystem findet sich nur bei Addison. H. Colman-Berlin.

Über Andeutungsformen von „Interrenalismus", von E. Mathias, Path. Univ.-Inst. Breslau. (Zbl. f. Gyn., 1926, Nr. 39, S. 2489.) Unter diesem Krankheitsbegriff sollen jene Veränderungen von Körperbau und Geschlechtsmerkmalen zusammengefaßt werden, die bedingt sind durch eine bestimmte Gattung von Hypernephromen, bzw. durch vermehrte Nebennierenrindenschicht. Es handelt sich um eine Art „Virilismus": männlicher Bartwuchs, Kehlkopfveränderung, Änderung des Stimmklangs, Rückbildung der Brüste, kurzum starke Angleichung an den männlichen Körperbau. Eine Rolle spielt hierbei die Abschwächung der Ovarialfunktion, was sich rein äußerlich schon in einer Verschiebung des Gewichtsverhältnisses zwischen Ovarium und Nebenniere zuungunsten des Ovariums geltend macht. F. Landauer-Berlin.

Die Impetigo herpetiformis, von G. Scherber, Hautabt. Rud-Sp. Wien. (W. m. W., 1926, Nr. 31, S. 934, u. Nr. 32, S. 963.) An Hand zweier neuer eigener Fälle kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß in den meisten Fällen die Ursache in einer Gravidität gegeben ist, daß aber der ganze Ring der endokrinen Drüsen für die Ätiologie von Bedeutung ist, und zwar in erster Linie die Epithelkörperchen, nach deren Exstirpation Verf. neben Tetanie auch die Symptome der Impetigo herpetiformis auftreten sah. Wichtig für die Diagnose ist, daß die bakteriologische Untersuchung des Blutes und Pustelinhalts negativ sein muß, ebenso auch die intrakorneale Kaninchenimpfung. Empfehlung der Anwendung einer Bluttransfusion von Blut einer schwangeren Frau, kombiniert mit Organpräparaten, insbesondere solcher der Epithelkörperchen.
E. Langer-Berlin.

Haut und Stoffwechsel

Pellagra, von I. C. Sutton-Hollywood, Kalif. (Am. J. m. sc., 1926, Bd. 172, Nr. 3, S. 374—382.) In 53 Fällen bestanden teils frühzeitige Symptome mit geringgradigem Befund, teils späte mit schweren Erscheinungen; teils standen Komplikationen im Vordergrunde, die die Erscheinungen der Pellagra überdeckten. Beschreibung der Haut-, alimentären, Nervenerscheinungen. Differentialdiagnose von perniziöser Anämie, Erythema solare, Lupus erythematosus, Dermatitis venenata, Trichophytie, Acrodermatitis chronica atrophicans. Ein Fall war bei proteinreicher Ernährung aufgetreten; das spricht gegen die Auffassung, daß es sich bei der Pellagra um eine Erkrankung durch Mangel wie bei Beriberi oder Skorbut handelt. Wahrscheinlich handelt es sich um ein infektiöses Agens, das die Pat. gegen Sonnenstrahlen sensibilisiert. Die Leichenbefunde sind angesichts der schweren Erkrankung auffallend gering. E. Levin-Berlin.

Über versprengte Pellagra im neuen Österreich, von L. Arzt, Univ.-Kl. f. Derm. u. Syph. Innsbruck. (W. kl. W., 1926, Nr. 38, S. 1057.) Beschreibung dreier Fälle. Die eine Erkrankung begann schon 1918, die beiden anderen dagegen erst Frühjahr und Sommer 1926, also zu normalen (nicht Kriegs- oder Nachkriegs-) Zeiten. Solche versprengten Fälle sind auch aus der Schweiz und Deutschland gemeldet. Die Frage der Infektiosität ist von größter Bedeutung. H Colman-Berlin.

Pellagra. Report of a Case in a Child Aged Seventeen Months (Pellagra. Bericht über einen Fall bei einem Kinde von 17 Monaten), von E. Lewis-Washington, D. C. (Am. J. of Children Diseases, 1926, Bd. 32, Nr. 2, S. 226.) Das sporadische Vorkommen der Pellagra spricht für ihre alimentäre Natur und gegen eine infektiöse. Interessant ist in dem beschriebenen Falle neben dem jugendlichen Alter des Kindes das Nebeneinander-Bestehen von Pellagra, Rachitis und vielleicht noch Beriberi, alles Ernährungs-

Digitized by Google

krankheiten. Es bestehen Ähnlichkeiten mit Skorbut, mit dem auch Verwechslungen vorgekommen sind. Heilung nach diätetischer Behandlung. E. Levin-Berlin.

Hematoporphyrinuria. Report of Two Cases (Hämatoporphyrinurie. Bericht über zwei Fälle), von Ph. E. Rothman-Baltimore. (Am. J. of Children Diseases, 1926, Bd. 32, Nr. 2, S. 219—225.) In beiden Fällen handelte es sich um idiopathische Hämatoporphyrinurie, die in dem einen mit peripherer Neuritis, in dem anderen mit Hydroa aestivale verbunden war. Die Ätiologie der Hämatoporphyrinurie ist noch ganz dunkel. E. Levin-Berlin.

Pigment

Pigmenterkrankungen der Haut, von F. Pinkus und L. Kleeberg. (M. Kl., 1926, Nr. 37, S. 1423.) Sammelreferat.

Über Oxydation melaninartiger Substanzen im Gewebe, von H. Goldmann, Path. Univ.-Inst. Leipzig. (Virch. Arch., 1926, Bd. 261, H. 1, S. 199.) Brahn fand, daß im Urin von Pat. mit melanotischen Geschwülsten Vorstufen des Melanins in Melanin durch Oxydation mit Kaliumpersulfat übergeführt werden können. Der Verf. prüfte nun die Frage, ob diese Reaktion auch für histologische Zwecke brauchbar ist. Die Versuche, deren Anordnung im Original nachgelesen werden muß, ergaben mit großer Wahrscheinlichkeit, daß durch die Kaliumpersulfatbehandlung eine Überführung der Pigmentvorstufen in Pigment stattfindet. Es wurden ferner ausgedehnte Untersuchungen darüber angestellt, wo sich vorwiegend zu Pigment oxydable Substanzen finden, ob diese ungefärbten Substanzen in einer Beziehung zu schon vorhandenem Pigment, ferner zum Alter, Geschlecht, Haar, Hautfarbe und zur Todesursache stehen. Die Ergebnisse sind von dem Verf. in Tabellenform zusammengestellt. Ungefärbte Vorstufen werden am häufigsten und reichlichsten in den Epithelien, und zwar in den basalen Zellen gefunden. Es ist aber durchaus nicht so, daß die Chromatophoren nur fertiges Pigment führen, sondern auch hier läßt sich durch die Oxydation in manchen Fällen eine Vermehrung oder ein Neuauftreten von Pigment nachweisen. Dabei handelt es sich meist um Fälle mit sehr pigmentreichem Epithel. Das „braune Abnutzungspigment" zeigt gegenüber dem Kaliumpersulfat genau das gleiche Verhalten. Die Frage, ob die Vorstufen in der Zelle selbst gebildet werden oder das Pigment als Endprodukt des Gesamteiweißstoffwechsels in bestimmten Zellen abgelagert wird, läßt sich nicht mit Hilfe dieser Methode an der Haut von Kranken nachweisen, die an zehrenden Krankheiten gestorben sind. Hier werden uns Serumuntersuchungen weiterführen. E. Meirowsky-Köln.

Phenolasegehalt des Blutserums, von M. Melczer-Budapest. (Orv. Hetilap, 1926, Nr. 40.) Phenolase spielt eine Rolle in der Pigmentbildung der Haut. Bei Individuen mit dunkler Hautfarbe (Zigeuner) und nach Bestrahlungen ist mehr Phenolase nachzuweisen als bei normal Hautfarbigen. Bei Lupus und luetischen Exanthemen ist der Phenolasegehalt viel geringer als in normalen Fällen. M. Porosz-Budapest.

Das Verhältnis des Tyrosingehaltes des Blutes zum Hautpigment, von D. Steiger-Kazal-Budapest. (Orv. Hetilap, 1926, Nr. 44.) Verf. bestätigte experimentell die Beobachtungen von Jessionek und Rothmann. Wenn der Tyrosingehalt des Blutes größer war, war die Hautfarbe dunkler. Dann gelang es auch, künstlich das Pigment zu steigern. Wo wenig Tyrosin zu finden war, ist es ihm nicht gelungen, eine dunkle Hautfarbe zu erreichen. M. Porosz-Budapest.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Zur Kenntnis der Neurinome, von M. Borchardt, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Moabit, Berlin. (Bruns Beitr., 1926, Bd. 138, H. 1, S. 1.) 8 Fälle: 5 an den peripheren Stammnerven, 1 an der Zunge, 2 Sanduhrgeschwülste des Rückenmarkes. Teils waren es reine Neurinome, teils Neurofibrome. 1 Fall von Neurinoma sarcomatodes. Trotz des besonderen mikroskopischen Baues und trotz seiner besonderen klinischen Eigenheiten will B. die Neurinome unter die Neurofibromatosen eingereiht wissen. Das Neurinom tritt meist solitär und mehr zentral auf, meist näher dem Zentrum gelegen, das Neurofibrom meist peripher und multipel; Ausnahmen sind aber wiederholt beobachtet worden. Bei den reinen Neurinomen ist zwar agressives Wachstum, aber keine maligne Degeneration bisher bekannt. Operatives Vorgehen ist indiziert bei stärkeren Beschwerden oder Wachstum. M. Cohn-Dresden.

Über die gastrointestinalen und andere seltenere Lokalisationen der Neurofibromatosis (Morbus v. Recklinghausen), von D. N. Banerjee und E. Christeller,

Digitized by Google

Path.-anat. Inst. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (Virch. Arch., 1926, Bd. 261, H. 1, S. 50.) Die Lokalisation der Neurofibromatosis im Verdauungstrakte kann bald als alleiniger Sitz der Erkrankung erfolgen, bald als Teilerscheinung allgemeiner Neurofibromatose auftreten, bald sich mit Sarkomentwicklung kombinieren oder endlich der Ausdruck der dysontogenetischen Natur der Erkrankung sein, indem sich die intestinalen Geschwülste mit lokalem Riesenwuchs oder lokaler Blastomatose vereinigen. Die Verff. beschreiben zwei Fälle, in welchen die intestinale Neurofibromatosis als Teilerscheinung einer allgemeinen Neuroblastomatose auftrat und neben den Knoten im Magen und Darm zahlreiche Knoten an der Haut, den peripheren Nerven, dem Periost und dem Gehirn zeigte. Die zahlreichen kleinen Hautgeschwülste lagen in dem einen der Fälle dicht unter der Epidermis und berührten fast den Kapillarkörper; sie bestanden aus einem dichten Netzwerk zarter Fasern, die in Bündeln angeordnet zahlreiche Kerne zwischen sich führen; diese Kerne sind meist parallelstehend, aber niemals in Frontreihen, von kurzer, gedrungener Spindelform, lockerem Chromatingerüst und gleicher Größe, nirgends waren Riesenzellen oder ganglienzellenähnliche Gebilde. Die Fasern färbten sich bei der Giesonfärbung bräunlichgelb, im Gegensatz zum leuchtenden Rot der breiten Fasern des umgebenden Bindegewebes; auch einige kollagene rote Fasern und einige elastische Fasern waren in das Geschwulstgewebe eingeschlossen, Pigment war nicht vorhanden. Daneben fanden sich einige Dutzend pigmentierter Nävi mit eisenfreiem Pigment in der Keimschicht der Epidermis ohne Vermehrung der Nervenfasern und ohne Veränderung des elastischen Gewebes der Kutis; in einem großen näviformen Neurofibrom der Oberschenkelhaut zeigte die Bielschowskyfärbung ein dichtes Netzwerk zahlreicher zarter markloser Nervenfasern, die sich tiefschwarz von den breiten purpurroten Bindegewebsfasern der Kutis abheben. F. Winkler-Wien.

Über mehrfaches Auftreten von Teratomen in einer Familie, von F. Lucksch und J. Ringelhan, Path. Inst. Dtsch. Univ. Prag. (Virch. Arch., 1926, Bd. 261, H. 2, S. 372.) Ausgetragene Frucht, zweites Kind gesunder Mutter; Tod nach 2 Tagen. An der Nasenwurzel breit angehefteter Auswuchs am Schädel, mit Haaren bedeckt, an der Oberfläche das Nagelglied eines Fingers, teils aus kompakten Massen, teils aus Hohlräumen bestehend. Die Geschwulst ist als Teratom zu bezeichnen, das an einzelnen Stellen deutlich hämangiomatöse Einschlüsse aufweist. Von besonderem Interesse ist nun, daß bei einem von derselben Mutter $3^1/_4$ Jahre vorher geborenen Kinde bei der Geburt an derselben Stelle, wo beim zweiten Kinde die Geschwulst sich befand, eine allerdings nur bohnengroße Geschwulst vom Aussehen eines Hämangioms sich vorfand, die mit Paquelin entfernt wurde und wohl auch als Teratoid zu deuten ist. Es muß irgend eine besondere Beschaffenheit des Keimplasmas der Mutter sein, die stets gleiche Veränderung an den Früchten zur Folge hat. Im Stammbaum der Familie werden außer einem beim Bruder der Mutter beobachteten Sakralparasiten wiederholt Zwillingsbildungen vorgefunden, und zwar wird bei den männlichen Familienmitgliedern die Zwillings-(bzw. Parasiten)bildung offenbar; bei den weiblichen bleibt sie verborgen und wird erst wieder auf die männliche Nachkommenschaft vererbt. Die Väter der mißbildeten Kinder waren normal, auch keine Zwillingskinder; sie stammten auch nicht aus Familien, in denen Zwillingsschwangerschaften oder Parasiten vorgekommen waren. Die in den vorliegenden Fällen auftretende Vererbungsart würde also als eine rezessiv geschlechtsbegrenzte zu bezeichnen sein. M. Cohn-Dresden.

Über ein Riesenlipom des Skrotums, von V. Gussew-Litauen. (Zbl. f. Chir., 1926, Nr. 34, S. 2134.) Die echten Blastome des Hodens und Skrotums erreichen selten eine außergewöhnliche Größe, deshalb verdient der vorliegende Fall besonderes Interesse. 65jähr. Mann mit einem langsam gewachsenen Tumor des Skrotums, dessen Umfang in der Frontalebene 104 cm, in der sagittalen 99 cm betrug. Das durch Operation gewonnene, mit dem Samenstrang in engster Verbindung stehende Präparat wog 20 kg. Mikroskopisch erwies es sich als ein Fibrolipom mit ödematöser Veränderung der fibromatösen Komponente. Der Ausgangspunkt des Tumors ließ sich mit Sicherheit nicht feststellen; am häufigsten ist es der Fettkörper des Samenstranges, dem derartige Geschwülste ihre Entstehung verdanken. F. Landauer-Berlin.

Über Fibrome der Klitoris, von B. Ottow, Univ.-Frauenkl. Leipzig. (Zbl. f. Gyn., 1926, Nr. 33, S. 2137.) Kasuistische Mitteilung eines Klitorisfibroms bei einer 70jähr. Pat., das operativ entfernt wurde. Mikroskopisch zellreiches Fibrom ohne maligne Degeneration. F. Landauer-Berlin.

Über die sogenannte Chondrodermatitis nodularis chronica helicis, von G. A. Rost-Freiburg i. Br. (W. m. W., 1926, Nr. 31, S. 931.) Zu dem obigen seltenen Krank-

Digitized by Google

heitsbild teilt Verf. 7 neue zum größten Teil in Klinik und Lokalisation typische Fälle mit, mit Ausnahme eines, in dem sich die Ohrveränderung nicht wie üblich an der Oberseite des oberen Ohrpols befand, sondern an der Anthelix. Die Ätiologie ist unklar, vielleicht kommt in einzelnen Fällen ein Trauma in Frage. Die Veränderung ist durchaus gutartig und bleibt im allgemeinen stationär. Therapeutisch ist am besten operative Entfernung, im übrigen kommen Röntgen- und Radiumbehandlung, Elektrokauter und Elektrokoagulation, Kryotherapie usw., in Betracht. E. Langer-Berlin.

Durch Fremdkörper verursachte Geschwülste in der Haut (Svulster i Huden fremhaldt af Fremedlegemer), von H. C. S. Finsen-Kopenhagen (Illustr.). (Hospitalstidende, 1926, Nr. 27, S. 645.) 48jähr. Feuerwerker erlitt durch Explosion von Knallquecksilberpatronen eine ganze Aussaat von kleinen Verletzungen am Gesicht, Händen und Armen. Ausheilung in 14 Tagen. Nach $2^1/_2$ Monaten fingen die betroffenen Gebiete an, sich mit unzähligen bis erbsengroßen Geschwülsten zu bedecken. Die Biopsie ergab: Epidermis intakt. In den Papillen, besonders in der Pars reticularis, Haufen von Rundzellen, namentlich in der Nähe der Gefäße. Die eigentliche Tumormasse befindet sich unterhalb der Pars reticularis und besteht aus großen Haufen von epithelioiden Zellen, die von feinen Bindegewebssträngen umgeben sind. Zwischen diesen epithelioiden Zellen Plasmazellen und Riesenzellen. Im untersten Teil des Tumors sind die Zellen von mehr unregelmäßiger Gestalt; ihre Ausläufer bilden ein Netzwerk, das den Fremdkörper, ein Aluminiumstück von der Hülle der Platzpatrone, umschließt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Regressive Störungen und Atrophien

Ulcus tropho-neuroticum der Glutäalgegend, entstanden 9 Jahre nach Schrapnellverletzung der Cauda equina, von F. Hagen, Hautkl. Dortmund. (M. m. W., 1926, Nr. 34, S. 1395—1396.) Verf. berichtet über ein Ulcus tropho-neuroticum bei einem 40jähr. Pat., der 1915 eine Schrapnellverletzung (Steckschuß) links neben dem 5. Lendenwirbel erhielt. Nach einigen Monaten wurde aus dem rechten Hüftgelenk die Kugel extrahiert. 9 Jahre später „taubes" Gefühl auf der linken Gesäßhälfte; danach ohne jedes vorangegangene Trauma Auftreten eines tiefen, schmerzlosen, übelriechenden Geschwürs. Gleichzeitig positiver Lungenbefund. Röntgenoskopisch: rechts vom Rückenmarkskanal im Lumbosakralgelenk scharf umrissene, kleine, dichte Schatten, wahrscheinlich Metallsplitter. Verf. verlegt die Hauptschädigung in die Cauda equina, also auf die Seite des Einschusses, entsprechend dem Sitze des Ulkus in der linken Glutäalhälfte; auf der rechten Seite, wo einige Splitter im Knochen stecken blieben, kam es nur zu einer geringen spastischen Parese und Hyperästhesie des rechten Beines.

S. Habermann-Prag.

Maligne Neubildungen

Beobachtungen an experimentellem Tumorwachstum. I. Über den Zusammenhang zwischen Regeneration und Tumorbildung, von H. T. Deelman und J. P. van Erp, Lab. f. path. Anat. u. allg. Path. Reichsuniv. Groningen. (Zschr. f. Krebsforschg., 1926, Bd. 24, H. 1, S. 86.) Bei 10 Mäusen, die längere Zeit geteert waren und bei denen das erste Tumorwachstum vorhanden oder bald erwartet wurde, wurden Wunden gesetzt, die man heilen ließ. In Wundrändern und im Narbengebiet der geheilten Wunden zeigte sich nach einiger Zeit Tumorwachstum. Daraus wird geschlossen, daß in regeneriertem Epithel Tumorwachstum auftreten kann. Das Wachstum steht in keinem Zusammenhang mit der Teerpinselung, denn die Teerpinselung war für die Dauer der Versuche eingestellt. Auf Grund anderer Versuche an 5 Mäusen ergibt sich, daß bei geteerten Mäusen sich Mitosen in höheren Zellagen der Basalzellschicht der Epidermis finden als bei nicht geteerten Mäusen. Es besteht bei geteerten Mäusen eine ausgesprochene Dislokation der Mitosen im Wundgebiet. Kritische Bemerkungen zum Begriff „Präkarzinom." Abbildungen. A. Holländer-Bielefeld.

Les données expérimentales sur le précancer et les conditions de la carcinogénèse (Die experimentellen Tatsachen über das präkanzeröse Stadium und die Bedingungen für die Entstehung des Karzinoms), von M. Sendrail. (Progr. méd., 1926, Nr. 36, S. 1339—1340.) Erst durch die Erzeugung künstlicher Krebse durch Teer sind die experimentellen Forschungen besonders über das präkanzeröse Stadium auf eine feste Basis gestellt worden. Es hatte sich die auffallende Tatsache

Digitized by Google

ergeben, daß das Auftreten des experimentellen Karzinoms oft erst eine gewisse Zeit nach Sistieren der Teerpinselungen erfolgte; es war also anzunehmen, daß in diesem Zwischenstadium schon allgemeine Veränderungen im Körper vorhanden sein müßten. Von solchen wurden nunmehr tatsächlich gefunden: regelmäßig Steigerung des Blutzuckers, plötzliches Sinken des Cholesterin- und Lezithingehaltes mit gleichzeitiger Zunahme der Fettsäuren, beträchtliches Sinken des lipolytischen Koeffizienten, schließlich ständige Reduktion des pH und der Alkalireserve. Mit den ersten Zeichen der malignen Degeneration sinkt auch der Kalziumgehalt im Blut. Diese Veränderungen dürften als Ausdruck eines bereits vorhandenen latenten Zustandes betrachtet werden. Gewisse endokrine Störungen scheinen die Entwicklung des Karzinoms zu begünstigen (Thyreoidea, Ovarien), ebenso wirkt auch Sympathikektomie. Im ganzen ist die Empfänglichkeit für Karzinom vielleicht die Resultante neuroglandulärer Synergien. Vorläufig gelten diese Befunde nur für den experimentellen Teerkrebs; wie weit Analoges für den Krebs des Menschen gilt, bleibt noch festzustellen. E. Levin-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen zur Frage des Teerkarzinoms, von K. Nather und H. Schnitzler, I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1926, Bd. 52, H. 3/4, S. 536.) Zur Feststellung der eventuellen Bedeutung einer Allgemeinwirkung des Teers bei der Entstehung des Karzinoms wurden die Tiere in mit Steinkohlenteer (Ol. lithanthracis) gestrichenen Holzkisten gehalten, wo sie Teer reichlich einatmeten und mit dem sie sich auch die Haut beschmierten. Bei den so vorbereiteten Tieren wurden Pinselungen auf der rasierten Schwanzfläche mit verdünntem Kroton- und Terpentinöl, bei den anderen mit verdünnten Höllensteinlösungen gemacht; selbst bei mehrmonatlichen, in Pausen wiederholten Pinselungen konnte das Auftreten einer Geschwulst niemals konstatiert werden, so daß eine Allgemeinwirkung des Teers im Sinne einer Dispositionsbildung zu Karzinom nicht experimentell nachgewiesen ist. Das experimentelle Teerkarzinom bei der weißen Maus entsteht mit großer Wahrscheinlichkeit lediglich als lokales Produkt einer chronischen lokalen chemischen und mechanischen Reizwirkung. M. Cohn-Dresden.

Konstitutionelle Fragen bei bösartigen Gewächsen, von H. Auler, Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1926, Bd. 23, H. 6, S. 473.) Erfolgreiche Übertragungsversuche krebserzeugenden Agens vom krebskranken Menschen auf Ratten sprechen dafür, daß das Agens nur unter bestimmten Bedingungen in der Lymphe wirksam ist. Nur diese besondere Zustandsform des Agens ermöglicht seine Transplantabilität. Wahrscheinlich sind in der Lymphe vorhandene Endothelien, Makrophagen, der wirksame Überträger des Virus. Zur erfolgreichen Übertragung genügt das infektiöse Agens allein nicht; entweder ist noch dispositionelle Vorbereitung der Empfangstiere oder aber die spezies-spezifische gleichzeitige Übertragung der die Disposition schaffenden Zelle bzw. ihrer Produkte notwendig. Von Parasiten und Mikroorganismen gelieferte Produkte oder unbelebte Gärungsprodukte bilden wahrscheinlich den ätiologischen Faktor. A. Holländer-Bielefeld.

Blutmilchsäure und Karzinom, von H. E. Büttner, Chir. Univ.-Kl. Göttingen. (Kl. W., 1926, Nr. 33, S. 1507.) In Fortsetzung früherer experimenteller Arbeiten hat Verf. in Übereinstimmung mit anderen Autoren festgestellt, daß die Milchsäure normaliter beim Krebskranken im Blut nicht erhöht ist und etwa 8—15 mg/% beträgt. Dagegen findet man eine beträchtliche Erhöhung des Blutmilchsäurewertes bei Komplikationen, in erster Linie Leberveränderungen, ferner bei Anämie und allgemeinen Stauungszuständen, bei denen schließlich auch stets eine schwere Leberschädigung vorhanden ist. Für die Krebsdiagnostik dürfte die Milchsäureauswertung des Blutes vorläufig ohne größere Bedeutung sein. E. Langer-Berlin.

Cancer, Vitamin Imbalance, and Roentgen-Ray Activity (Krebs, Störung im Vitamingleichgewicht und Röntgenstrahlenwirkung), von M. T. Burrows, L. H. Jorstad und E. C. Ernst-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 2, S. 86.) Krebs ist nicht das Produkt irgend eines bestimmten Agens, sondern unabhängiges Wachstum von Körperzellen, hervorgerufen entweder durch gewisse Kräfte in den Zellen selbst oder in dem sie umgebenden Gewebe. In mehreren Arbeiten haben Verff. darzulegen versucht, daß diese Kräfte primär nicht in den Zellen wirken, sondern in ihrer Umgebung. An Gewebekulturen wurde gezeigt, daß die Zustände, die die Zelle von der Geburt bis zum Tode durchläuft, Wachstum, Differenzierung, Funktion, nicht aus ihr selbst entstehen, sondern von den verschiedenen Bedingungen in ihrer Umgebung abhängen. Experimentell war es möglich, kontraktionsfähige embryonale Herzmuskelzellen in solche lediglich mit aktivem Wachstum umzuwandeln, die in das Medium hineinwuchsen und den Cha-

Digitized by Google

rakter von Sarkomzellen annahmen. Aus diesen konnte man sie wieder in stark kontraktionsfähige oder solche mit Fibroblastentyp zurückverwandeln, wenn man nur die Umgebung veränderte. Die Bedingungen für unabhängiges Wachstum der Zellen sind Druck, Stagnation und Sauerstoff. Normale Zellen eines Zellverbandes, eingepreßt in einen Tropfen stagnierenden Mediums, beginnen sofort zu wachsen. Also kann man schließen, daß Krebs dann entsteht, wenn eine lokale Stagnation eintritt und die Blutzufuhr vermindert wird. So können z. B. Tropfen von Kohlenteer Krebs erzeugen, indem sie Zellen von ihren interzellulären Substanzen und Blutgefäßen trennen und einen Druck auf ihre Peripherie ausüben. Man hat gefunden, daß das Wachstum von der hohen Konzentration einer bestimmten Substanz, die man die „Archusia" nennt, abhängt. Die „Archusia" wird gebildet im Verhältnis des absorbierten Sauerstoffes. Sie ist dialysierbar und stark löslich in Salzlösungen, Plasma und Serum. Diese Substanz kann bei reger Zirkulation von den Zellen nicht zurückgehalten werden. Sie wird nur zurückgehalten, wenn eine genügende Anzahl Zellen eine stagnierende Insel bildet. Extrakte dieser „Archusia" aus menschlichen Zellen erregen Aktivität nicht nur in tierischen Zellen, sondern auch in Bakterien. Sie vermehrt nicht nur das Wachstum der Zelle, sondern jegliche Funktion. Krebsgewebe enthält „Archusia" immer in hohen Konzentrationen. Im embryonalen Organismus wird „Archusia" nur gebildet, wenn die Zirkulation gestört ist. Die Zusammensetzung der Interzellularsubstanz und die Fettspeicherung in der Zelle sind abhängig von einer Lipoidsubstanz, welche von den Zellen freigemacht wird. Diese Substanz, „Ergusia" genannt, koaguliert die extrazellulären Proteine. Sie wird während des Wachstums in den Zellen gebildet und zieht offensichtlich in dieser Zeit Wasser und andere Stoffe in die Zelle. Sie wirkt im Sinne einer Wachstumshemmung, wenn sie zu einem wachsenden System hinzugefügt wird. Beim näheren Studium der „Archusia" und „Ergusia" fanden Verff., daß diese Stoffe in ihrer Eigenart den Vitaminen A und B entsprechen. Man fand, daß „Archusia", an Versuchstiere verfüttert, das ihnen notwendige Vitamin B ersetzte, während „Ergusia" für Vitamin A eintrat. Krebsgewebe enthält große Mengen „Archusia" oder Vitamin B, aber kein Vitamin A. Krebs ist demnach das Resultat eines Vorganges, der zur exzessiven Bildung von Vitamin B führt oder Vitamin A aus Teilen der menschlichen Gewebe entfernt. Er ist das Produkt einer Vitamingleichgewichtsstörung. Normales Leben beruht auf vollständigem Ausgleich von Vitamin A und B. Das Problem der Krebsheilung liegt auf der Linie der Wiederherstellung dieses Gleichgewichtes; die Krebsverhütung ist eine Frage seiner Aufrechterhaltung. Experimente ergaben, daß Röntgenstrahlen Vitamin B im Organismus erzeugen. Hohe Dosen führen zum Freiwerden großer Mengen Vitamin B mit sekundärer Bildung von Vitamin A. Einmalige hohe Röntgendosen verursachen eine schnelle Erschöpfung der Milz. Das Haupterfordernis, Röntgenstrahlen gegen den Krebs nutzbar zu machen, ist eine exakte Dosierung. Zu große Dosen schädigen das Blutgefäßsystem und verursachen dadurch eine raschere Versprengung der Krebskeime. E. Kottmaier-Mainz.

Zur Genese von Hautkarzinomen, von H. Fischer, Univ.-Hautkl. Köln. (Krankheitsforschg., 1926, Bd. 3, H. 1, S. 1.) In einem aus einem Afterekzem sich entwickelnden Analkarzinom läßt sich der Beginn der zunächst benignen Epithelwucherung auf die Ausführungsgänge apokriner Drüsen lokalisieren. Bei einem beginnenden Kankroid konnte Verf. nachweisen, daß die sogenannten Hornperlen nichts anderes sind als Querschnitte einer zusammenhängenden Hornmasse, die von der Oberfläche — und zwar von einem Follikel mit Talgdrüsenmündung — ausgehend sich dendritisch nach der Tiefe zu verzweigt. Auch bei einem Fall von Bowenscher Dermatose nahm die epitheliale Neubildung ihren Ausgang von den Epithelien der Talgdrüsenausführungsgänge. Endlich läßt sich auch kein experimenteller Teerkrebs aus verschiedenen Momenten — Anfang mit Haarausfall usw. — der Schluß ziehen, daß der Prozeß an den Follikeln beginnt. Indem Verf. nun auf den Experimenten M. B. Schmidts fußt, der nach Fütterung mit Sudan und Scharlachrot Epithelwucherungen aus den Ausführungsgängen der den Farbstoff ausscheidenden Talgdrüsen erzeugen konnte, nimmt Verf. an, daß für die Entstehung der Hautkrebse eine Veränderung in der Zusammensetzung der Hautdrüsensekrete maßgebend ist. Durch Beimischung reizender Stoffe kommt es teils zu gutartigen Epithelwucherungen, teils bei längerer Einwirkung über diese zu malignen Neubildungen. F. Wohlwill-Hamburg.

Zur Histogenese des Krebsstromas, von Kromayer-Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1926, Bd. 24, H. 1, S. 1.) Schilderung der Desmoplasie in der normalen Haut und den weichen Nävi. Verf. beschreibt kurz die Ergebnisse seiner bekannten Arbeiten

Digitized by Google

über „Desmoplasie" und „Parenchymhaut." Außer Kromayer sind bisher nur Borst und Krompecher für eine Umwandlung von Parenchym in Stroma beim Karzinom eingetreten. Untersucht man Karzinomgewebe auf das Vorkommen von Desmoplasie, so ist man, wie Kromayer schreibt, überrascht, wie häufig Bilder zu finden sind, die als „Umwandlungen von Parenchym in Stroma gedeutet werden können." Man kann verschiedene Umwandlungsarten unterscheiden. Nach K. ist die Desmoplasie des Krebsparenchyms als Einleitung der natürlichen Heilung des Karzinoms aufzufassen. Das Stratum basilare der Epidermis liefert nicht nur den Ersatz für die untergehenden Epithelzellen, sondern nach K. auch den Ersatz für die im Lebenskampf untergehenden Zellen des unter der Epidermis liegenden Bindegewebes. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß das, was für die „Parenchymhaut" gilt, gleichzeitig für die gesamten Schleimhäute und alle parenchymatösen Organe Geltung hat. Abbildungen. A. Holländer-Bielefeld.

Über die Multiplizität der Geschwülste, von L. Puhr-Budapest. (Zschr. f. Krebsforschg, 1926, Bd. 24, H. 1, S. 38.) Statistik über das gesamte Sektionsmaterial der letzten 21 Jahre im Budapester pathol.-anatom. Institut (Krompecher). Unter 6718 Sektionen gab es 1529 Geschwülste (23,2%). Multiple Geschwülste waren in 219 Fällen (14.04% der Geschwulstfälle) vorhanden. In größter Zahl existierten doppelte Geschwülste (147); dreifache Geschwülste wurden in 32 Fällen, vierfache in 15 und fünffache in 3 Fällen gefunden. Einzelheiten im Original. Die multiplen gutartigen Geschwülste entsprechen Hamartomen bzw. Choristomen im Sinne Albrechts. Verf. sucht die Ursache der Multiplizität in Entwicklungsstörungen. Beweise dafür: gehäuftes Auftreten der Geschwülste einzelner Organsysteme, Auftreten in der Gegend von embryonalen Furchen, multiples Auftreten ähnlicher Geschwülste, Vorkommen von Geschwülsten gleichzeitig mit auf Entwicklungsstörung beruhenden Geschwülsten. Für maligne Geschwülste, besonders das Karzinom, gilt das gleiche. Die Endursache der Geschwülste kann im embryonalen Alter (Entwicklungsfehler) und im postfötalen Leben (fehlerhafte übertriebene Regeneration) gesucht werden. In der Pathogenese des menschlichen Krebses spielt Konstitution und Konstellation eine wesentliche Rolle.
A. Holländer-Bielefeld.

Demonstration von selteneren Hautepitheliomen, von J. Jadassohn-Breslau. (Bruns Beitr., 1926, Bd. 136, H. 2, S. 345.) Klare kurze Einteilung der Hautkrebse. Die intermediäre Form Darriers bildet die nicht so seltene Übergangsform zwischen den dermatologisch so häufig beobachteten Basalzellenkrebsen (Basaliomen) und den chirurgisch besser gekannten Spindelzellenkrebsen; abseits davon stehen Paget und Bowen einerseits, Nävokarzinom andererseits. Als eigene Beobachtung weist J. auf die intraepidermale, multizentrisch angelegte Entwicklung einiger Basaliome und auf das relativ häufige Auftreten am Rumpfe hin. Interessante histologische Bilder (Bowen-artiges Röntgenepitheliom, adenoides Röntgenepitheliom, Hydrozystadenom mit starker Plasmombildung. Spieglersche Tumoren) bereichern die kasuistisch wertvolle Demonstration.
G. W. Unna-Hamburg.

Carcinoma Cutis (Hautkarzinom), von W. J. O'Donovan-London. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5371, S. 278.) 55jähr. Mann, der seit 39 Jahren als Schmied mit verschiedenen mineralischen Ölen dauernd zu tun hat. Vor 8 Jahren kleine Geschwulst an der Nase, danach in Abständen an Armen, Beinen und zuletzt an beiden Ohren. WR —. Mikroskopische Diagnose: Schuppendes, verhornendes Epitheliom ausgehend von Haarfollikeln. Bis 1925 waren es 15 zum Teil ulzerierte Tumoren. An den Stellen der lokalen Exzision keine Rezidive, dagegen immer wieder erneutes Auftreten an anderen Stellen. Als Ursache ist Reizwirkung durch die Mineralöle anzusehen. Dieser Typ Hautkrebs ist seltener als multiple Ulcera rodentia. H. Colman-Berlin.

Über beginnenden Pagetkrebs der Mamma, von P. Heilmann, Path. Inst. Staatl. Krankenstift Zwickau. (Zschr. f. Krebsforschg., 1926, Bd. 23, H. 6, S. 446.) Histologische Beschreibung eines Falles von beginnendem Pagetkrebs. Das Karzinom nimmt primär seinen Ausgang von der Epidermis. Die Milchgänge sind bei vorliegendem Falle frei von krankhaften Veränderungen. Anführung der Literatur über Pagetsche Krankheit.
A. Holländer-Bielefeld.

Bildet das subepidermoidale Karzinom als Hautaffektion eines Brustkrebses ein selbständiges Krankheitsbild? von H. Fischer, Chir. Univ.-Kl. Köln-Lindenburg. (Zbl. f. Cnir., 1926, Nr. 40, S. 2519.) Das subepidermoidale Karzinom ist sowohl klinisch als histologisch als selbständiges Krankheitsbild aufzufassen. Vom Primärtumor aus wachsen die Krebszellen in die Haut vor und breiten sich in dieser aus. Gleichzeitig erfolgt ihr Eindringen in die Lymphwege. Klinisch dokumentiert sich das Ein-

Digitized by Google

dringen in die Haut dadurch, daß diese sich verdickt und rötet, so daß ein dem Erysipel ähnelndes Bild entsteht. In der Haut pflanzen sich die Krebszellen in den Gefäßen der Kutis fort, während die Epidermis stets frei von Karzinomzellen gefunden wurde. Das unterscheidet diese Krebsart scharf von dem Pagetkrebs, der zwar auch intrakutan, aber rein intraepidermoidal wächst. F. Landauer-Berlin.

Genitalkrebs und Lymphogranulomatose der Parotis, von W. Fischer, Path. Univ.-Inst. Rostock. (D. Zschr. f. Chir., 1926, Bd. 197, H. 1/6, S. 242—250.) Bei einer 58jähr. Frau fand sich neben einem verhornenden Plattenepithelkarzinom der äußeren Genitalien, das zu eigenartigen, kraterförmig zerfallenden Geschwüren der Unterbauchgegend geführt hatte, eine tumorartige Schwellung der rechten Parotis und der regionären Halslymphknoten. Diese wurde nach Feststellung der krebsigen Natur der Erkrankung in der Unterbauchgegend für krebsverdächtig gehalten und operativ entfernt, doch ergab die mikroskopische Untersuchung das Vorliegen einer Lymphogranulomatose. Inmitten von lymphogranulomatösem Gewebe in der Nähe der Parotis fand sich der ganz ungewöhnliche Befund von Krebsmetastasen. E. Levin-Berlin.

The Neoplastic Nature of Lymphatic Leucemia and Its Relation to Lymphosarcoma (Die neoplastische Natur der lymphatischen Leukämie und ihre Beziehung zum Lymphosarkom), von W. A. Evans und T. Leucutia-Detroit, Michigan. (Am. J. of Roentgenology, 1926, Bd. 15, Nr. 6, S. 497.) Zu der noch unentschiedenen Frage, ob die lymphatische Leukämie eine Infektionskrankheit ist oder den malignen Neubildungen zugerechnet werden muß, vermag auch die Röntgenologie einen Beitrag zu liefern. So spricht schon die sehr viel stärkere Röntgensensibilität leukämischer Infiltrate im Gegensatz zu den Granulationsgeschwülsten durchaus dafür, daß es sich bei der lymphatischen Leukämie um eine tumorartige Bildung handelt. Eine weitere Stütze erhält diese Auffassung durch die Beobachtung des Verlaufs von Lymphosarkomen unter der Strahlenbehandlung, und zwar des Auftretens eines typischen leukämischen Blutbildes im Endstadium der Krankheit bei 3 Fällen von strahlenbehandelten Lymphosarkomen. Es waren die einzigen 3 Fälle von 16 von den Verff. mit Röntgenstrahlen behandelten Lymphosarkomkranken, die überhaupt, und zwar erst nach einer Behandlungsdauer bis zu 4 Jahren, ad exitum kamen. In 2 von diesen Fällen war die erste Manifestation der Krankheit ein Mediastinaltumor, der zu Erstickungsanfällen führte; in dem dritten Fall eine generalisierte Lymphdrüsenschwellung. In allen Fällen war das Blutbild zunächst normal. Die Röntgenbehandlung führte zu einem Rückgang der Gewebsneubildungen an den Bestrahlungsstellen. Im weiteren Verlauf breitete sich die Krankheit auf das Knochenmark, kenntlich an diffusen Knochenschmerzen, und in 2 Fällen auf das Unterhautgewebe aus. Zugleich fing die Leukozytenzahl, die im Anfang der Strahlenbehandlung abgenommen hatte, zu steigen an, und es bildete sich das typische Blutbild einer lymphatischen Leukämie aus. Die Lokalisation der Tumoren war in den beiden obduzierten Fällen für Lymphosarkom charakteristisch, während die Verff. nach dem histologischen Bild eine Entscheidung zwischen leukämischem oder lymphosarkomatösem Infiltrat nicht fällen möchten. Offenbar bildet der Übergang des krankhaften Prozesses auf das Knochenmark den Anlaß für die Entwicklung des pathologischen Blutbildes. Es wird daraus geschlossen, daß Lymphosarkom, lymphatische Leukämie und wahrscheinlich auch Pseudoleukämie nahe verwandt, wenn nicht Manifestationen derselben Krankheit sind. H. Holthusen-Hamburg.

Ergebnis einer 10jährigen Sarkombehandlung, von W. Wollner, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Ludwigshafen a. Rh. (Bruns Beitr., 1926, Bd. 138, H. 1, S. 39.) 60 Fälle, davon 51 mit histologischem Nachweis, 9 auf klinische Diagnose hin. 27 (45%) Fälle hatten als Ausgangspunkt die Knochen, 5 (8,3%) das Lymphdrüsensystem, 5 (8.3%) drüsige Organe, 3 (5%) die Haut. Überwiegen des jugendlichen Alters wurde nicht beobachtet. 22 Pat. sind noch am Leben; statistisch zeigt sich, daß nach einem rezidivfrei verlaufenen Jahre die Aussichten auf Dauerheilung stark ansteigen. Nach dem fünften Jahre kann man von Dauerheilung sprechen. Rein operativ wurden 21 Fälle behandelt, von denen nach 3 Jahren 9 = 42.3%, nach 5 Jahren 6 = 28.5% rezidivfrei waren. Kombiniert (d. h. operativ + Strahlenbehandlung) wurden 39 Fälle behandelt. 18 Fälle nur Röntgentherapie. Heilung nach 5 Jahren je 5 = 12,8%, also wesentlich schlechter als die Resultate der rein operativen Behandlung. Als unterstützende Maßnahme wurde Vakzinebehandlung, Novantimeristem, auch Introzid herangezogen, alles ohne wesentlichen Erfolg. M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Mund und Nase

Über ein epidemisches Auftreten von aphthöser Stomatitis, von B. Peiser-Berlin-Charlottenburg. (M. Kl., 1926, Nr. 43, S. 1644—1646.) In kurzer Zeit wurde fast die Hälfte eines etwa 100 Personen zählenden Bureaus befallen. Die Erscheinungen im Munde waren meist geringgradig. Die Übertragung erfolge wahrscheinlich durch von Hand zu Hand gehende Briefschaften. Die bakterielle Untersuchung fiel negativ aus. E. Levin-Berlin.

Eine neue Behandlungsmethode der Sooraffektion, von R. Fischl, D. Univ.-Kinderkl. Landesfindelanst. Prag. (Mschr. f. Kinderheilkd., 1926, Bd. 33, H. 4, S. 307.) Empfehlung von Liquor ferri sesquichlorati ($2^1/_2$%) zur Behandlung von Soor. Zweistündliche sorgfältige Betupfung der befallenen Schleimhautstellen. Bei sehr hartnäckigen und schweren Fällen Steigerung der Konzentration auf 3%. Erfolg prompt und gut, meist innerhalb von 48 Stunden, ohne Schädigung der Schleimhaut.
R. Ley-Kreuznach.

Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der Maul- und Klauenseucheforschung, von W. Pfeiler, Univ.-Virusforschungs-Anst. Jena. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 99, H. 4/5, S. 297.) Es konnte kein Anhaltspunkt dafür gefunden werden, daß die von Frosch und Dahmen beschriebenen Kulturen den Erreger der Maul- und Klauenseuche enthalten. Bei eigenen Filtrations- und optischen Versuchen waren feinste kolloidale Elemente in großer Anzahl und von annähernd einheitlichem Typus nachweisbar, die Verf. als Erreger anzusehen geneigt ist. Die Gebilde erscheinen rund und gehören wahrscheinlich zu den Strongyloplasmen. Auf Kontrollnährböden werden sie nicht beobachtet. Eine Kultur kann nur dann als gelungen betrachtet werden, wenn nach billionenfacher Verdünnung des Ausgangsmaterials noch sichere Infektionen möglich sind. Es ist dem Verf. gelungen, den Erreger noch in viel quadrillionenfacher Verdünnung zu züchten. Ferner wurde eine Periodizität des Wachstums des Erregers beobachtet. Bisweilen trat eine überaus starke Virulenz in hoher Generationsfolge auf; bisweilen waren die späteren Generationen viel pathogener als die Ausgangskulturen oder niederen Generationen. Vielleicht sind feine Unterschiede in der Zusammensetzung der Nährböden dafür verantwortlich zu machen. Höhere Generationen zeigten stets eine längere lokale Inkubation. Schließlich wurde noch in seltenen Fällen beobachtet, daß an Stelle einer lokalen Erkrankung eine leichte oder schwere Allgemeinerkrankung auftrat, die zur Entstehung von Aphthen auf der Zunge oder Veränderungen an der Beckenschleimhaut führte.
F. Harry-Wiesbaden.

Zur Behandlung der Plaut-Vincentschen Angina mit Wismut, von P. Ferencz-Budapest. (Budapesti Orv. Ujsag, 1926, Nr. 21.) Die übliche Behandlung der Plaut-Vincentschen Angina mittels intravenösen Neosalvarsaninjektionen hat den Nachteil, daß ihre Anwendung bei Kindern oft auf technische Schwierigkeiten stößt und die Wirkung oft unbefriedigend ist. Verf. hat daher in 41 Fällen die Bi-Behandlung versucht, und zwar in der Form von Bismosalvan (Jodchinin-Bismut Richter) und fand, daß sich Bismosalvan als rasch und sicher wirkendes Spezifikum gegen die Plaut-Vincentsche Angina gezeigt hat. Die Heilung erfolgte in 39 Fällen schon nach einer einmaligen Injektion in 2—4 Tagen, eine zweite Injektion war nur in zwei Fällen notwendig. Die Dosis beträgt für Erwachsene 2 ccm intramuskulär, bei größeren Kindern 1 ccm, bei kleineren $^1/_2$ ccm. Keinerlei Komplikationen. Aus einigen Beobachtungen darf man darauf schließen, daß das Bi bei der Plaut-Vincentschen Angina eine direkt parasitotrope Wirkung hat. K. v. Berde-Szeged.

Haare und Nägel

Ein Schema zur Untersuchung des menschlichen Haarkleides, von K. Saller, Anthropol. Univ.-Inst. Kiel. (Anat. Anz., 1926. Bd. 61, Nr. 18/19, S. 409.) Bei der anthropologischen Untersuchung muß hinsichtlich der Behaarung auf folgende Fragen Rücksicht genommen werden: Bezüglich des Haarträgers auf die Rasse, die Verwandtschaft, das Geschlecht, das Alter, die Pigmentierung der Haut und des Auges; bezüglich der Gesamtbehaarung auf das Kopfhaar (Dichte, Anordnung, Wirbelbildung, Abschließen gegen den Nacken, Beziehung zur Stirn, zu den Augenbrauen und zum Backenbart, Art der Einpflanzung in die Kopfschwarte, Krümmung und Tiefe des Haarbalges), auf die Augenbrauen (Konfluieren über der Glabella, Beziehung zum Kopfhaar, an den Schläfen) und auf die sekundäre Geschlechtsbehaarung (Schamgegend, Achselhöhle, Brust, Bart), sowie auf die Terminalbehaarung (Brust, Rücken, obere und untere Extremität). Die

Digitized by Google

spezielle Untersuchung bezieht sich auf die natürliche Länge, den Haarstrich, den Fettglanz, die Form und die Farbe; die mikroskopische Untersuchung berücksichtigt den Markgehalt, die Dicke des ganzen Haares, die Dicke der Kutikula und die Dicke des Markes, die Anordnung und die Farbe des Pigments in der Rinde und im Mark sowie die Frage nach dem Vorhandensein von Gasbläschen und endlich der Bau des Haares (rund, oval, elliptisch, nierenförmig). Nach der Form des Haares unterscheidet man die Lissotrichie (straff, schlicht, flachwellig), die Kymotrichie (weitwellig, engwellig, lockig) und die Utotrichie (gekräuselt, lockerkraus, dichtkraus, fil-fil und spiralig).

F. Winkler-Wien.

Durch essigsaures Thallium hervorgerufene Alopezie an der kindlichen Kopfhaut, von G. Pauchly, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkht. Debreczen. (W. kl. W., 1926, Nr. 33, S. 948.) 14 Fälle von Pilzerkrankungen des behaarten Kopfes bei Kindern. Es genügt eine einmalige Verabreichung von 8 mg Thalliumazetat pro Kilogramm Körpergewicht, um nach 20—26 Tagen eine totale, etwa 10 Tage anhaltende Alopezie hervorzurufen, die zur Heilung der Dermatomykosen ausreicht. Das Verfahren ist frei von Nebenerscheinungen und wegen seiner Billigkeit und Sicherheit der Röntgenepilation vorzuziehen.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Epilation et déséquilibre alimentaire (Epilation und gestörtes alimentäres Gleichgewicht), von G. Mouriquand. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 25, S. 477.) Wenn man Meerschweinchen ohne Heu, nur mit Mais oder Reis und Zitronensaft ernährt, so bemerkt man etwa vom 10. oder 15. Tag ab, daß ein Tier das Haarkleid des anderen regelrecht abfrißt, oft auch beide gegenseitig. Setzt man der Nahrung Heu oder Stroh wieder zu, so kann man die Beobachtung nicht mehr machen.

A. Holländer-Bielefeld.

Ein Fall von Hypertrichosis secundaria, von H. Partheil, Path. Abt. Krkhs. Altona. (M. m. W., 1926, Nr. 34, S. 1399.) Einteilung der Behaarungsanomalien nach Parreidt: 1. Persistente und übermäßig entwickelte Lanugo. Haar seidenweich („Affen- und Hundemenschen"). Defekte der Zahnbildung. 2. Übermäßige Entwicklung starker Haare. Normale Zähne und Hypertrophie des Alveolarfortsatzes. 3. Mangelhafte Entwicklung von Haaren und Zähnen. Der beobachtete Fall gehört in die Gruppe 2 dieser Einteilung und ist die erste männliche Beobachtung neben drei weiblichen: 37jähr. Mann, an Magenulkus gestorben. Starke Behaarung mit etwa 7 mm langen Haaren an Brust, Rücken und Oberschenkel, nach unten zu abnehmend, so daß Bauch, Kreuz und Unterschenkel frei bleiben. Die Obduktion ergab abnorme Größe der Schilddrüse und Hoden. Die sonst beobachtete Hyperplasie des Alveolarfortsatzes fehlt in diesem Falle.

D. Tangl-Eger.

Dermatomykosen

Sur un nouveau dermatophyte du genre Aleurysma (Über einen neuen zur Gattung Aleurysma gehörenden Hautpilz), von L. Grigoraki, Fayet u. J. Macron. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 27, S. 649.) Der zum Gegenstand der Untersuchung gemachte Dermatophyt entstammte einem geröteten und schuppenden Entzündungsherd am Kopfe eines Hundes, mit Haarverlust im Krankheitsgebiet. Nach dem Ergebnis der bakteriellen und kulturellen Prüfung gehört er in die Gattung Aleurysma. Die Beobachtung bietet deshalb besonderes Interesse, weil die beim Hunde hervorgerufenen Läsionen große Ähnlichkeit mit den durch Microsporum canosum erzeugbaren erkennen ließen.

F. Callomon-Dessau.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. Walter Frieboes wurde zum Rektor der Universität Rostock gewählt.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORY NOT TO BE REMOVED

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 3 (Bd. 84) 15. Januar 1927

Aus der Universitäts-Hautklinik und -Poliklinik in München
(Direktor: Geheimrat von Zumbusch)

Recklinghausensche Krankheit und Muttermäler

Von

cand. med. Gustav August Fischer

Bei seinen klinisch-dermatologischen Studien über die Recklinghausensche Krankheit[1]) ist es Siemens aufgefallen, daß sich die allgemein verbreitete Annahme einer häufigen Kombination der Recklinghausenschen Krankheit mit Muttermälern (pigmentierten Mälern, Tierfellnävi, Angiomen) in seinen Fällen zwar anfangs anscheinend bestätigen ließ, daß aber die nähere Untersuchung überraschenderweise wesentliche Unterschiede zwischen den nävusähnlichen Erscheinungen der Recklinghausen-Kranken und den Nävi der Normalen, ja sogar Fehldiagnosen aufdeckte. Siemens wurde deshalb durch seine Untersuchungen zu dem Schluß geführt, „daß ein gehäuftes Vorkommen typischer Nävi bei Recklinghausen-Kranken bis jetzt vollständig unbewiesen ist". „Die ‚engen Beziehungen' der Neurofibromatose zu denjenigen Gebilden, welche wir bei den Normalen als Nävi bezeichnen, erweisen sich bei näherem Zusehen als illusorisch. Die Epheliden der Recklinghausen-Kranken sind keine Epheliden, ihre Naevi spili sind keine Naevi spili, und ob echte Tierfellnävi, verruköse und systematisierte Nävi, Hämangiome und Lymphangiome bei Recklinghausen-Kranken häufiger vorkommen als sonst, ist eine ungeklärte, noch völlig offene Frage; auf jeden Fall erreicht aber ihre Häufung keine höheren Grade."

In dem gleichen Sinne wie die eigenen Beobachtungen von Siemens sprachen auch die Stichproben, die er bei Literaturfällen vornahm. Eine eingehende Prüfung des Literaturmaterials in der angedeuteten Richtung steht jedoch noch aus. Ich habe deshalb, von ihm auf die Frage aufmerksam gemacht, mich dieser Arbeit unterzogen.

Meine Untersuchung stützt sich auf 303 Arbeiten, von denen mir 243 im Original, 60 nach Referaten zugänglich waren; 124 weitere Arbeiten konnten nicht verwendet werden, da sie gar keine oder keine diagnostisch sicheren Fälle enthielten. Schließlich fand ich Titel von 62 Arbeiten, die mir gar nicht zugänglich waren.

---

[1]) Siemens, Klin.-derm. Studien über die Recklinghausensche Krankheit. Arch. f. Derm., 1926, Bd. 150, S. 80.

Digitized by Google

Das auf diese Weise gewonnene Material enthält 466 primäre Fälle von Recklinghausen-Kranken, und zwar 299 männliche und 167 weibliche.

Nicht zu verwerten sind natürlich diejenigen Fälle, in denen die Verfasser einfach von „Nävi" oder von „Naevi pigmentosi" und ähnlichem sprechen, womit gewöhnlich die „großen Recklinghausen-Flecke" (SIEMENS), in anderen Fällen aber die pigmentierten, eventuell auch mit Haaren implantierten spezifischen Recklinghausen-Tumoren, oder selbst nur gewöhnliche Lentigines gemeint sind.

Ich führe dafür einige Beispiele an:

1. AUMANN, Naevi pigmentosi.
2. v. DESSAUER, sehr viele daumennagelgroße und viele kleinere sowie verschiedene größere Naevi pigmentosi an Brust, Bauch, Rücken, Oberschenkel und Gesäß.
3. FELDMANN, ein größerer Nävus am linken Oberschenkel.
4. MARGAIN, richtige Naevi pigmentosi, braunschwarz, etwa 15 an der Zahl, unregelmäßig verteilt, durchnittlich erbsengroß.
5. OULMONT und HALLER, echte Naevi pigmentosi, diese sind weich und erhaben.
6. OBZECHOWSKI, einige kleine Naevi auf dem Nacken.
7. RAPOK, mehrere große Naevi pigmentosi auf Stirn, Rücken und Sternum.
8. SCHNITZER, scharf begrenzte Naevi pigmentosi.
9. SIMON, zahlreiche Naevi pigmentosi.
10. SPERANSKY, massenhaft Naevi pigmentosi am ganzen Körper.
11. TAILHEFER, Naevus pigmentosus flach, wenig gefärbt.
12. VIGNOLO-LUTATI, am Rücken, Bauch, Oberschenkel wenige münzengroße Naevi pigmentosi, unregelmäßig angeordnet.

Derartige flüchtige Hinweise finden in der bekannten äußeren Nävusähnlichkeit der spezifischen Recklinghausen-Erscheinungen und in der gelegentlichen besonderen Beachtung von Lentigines eine genügende Erklärung. Es wäre zwecklos, alle Fälle, die solche Bemerkungen enthalten, anzuführen. Der Fall MARGAIN, der von „richtigen Naevi pigmentosi" spricht, war mir nur im Referat zugänglich.

Gegen eine Identifizierung der „großen Recklinghausen-Flecke" mit den Nävi der Normalen ist übrigens auch schon vor den Arbeiten von SIEMENS Stellung genommen worden. Jedenfalls glauben LEISRINK (1879), v. BRUNS (1891) und SOLDAN (1899), daß es sich bei den „braunen Flecken" (LEISRINK) oder „Naevi pigmentos. pilos." (v. BRUNS) oder „flachen Pigmentnävi", „Naevi pigmentos. pilos.", „warzenförmigen Nävi" (SOLDAU), die man bei Recklinghausen-Kranken beobachtet, histologisch um „beginnende" oder „unvollständige Neurofibrome" handele. LEISRINK sah an einem Patienten, wie sich aus den „Flecken" in 7 Jahren Tumoren bildeten. PHILIPPSON (1893), LÉVI und OVIZE (1899), KAWASHIMA (1911) und E. BALL (1919) heben besonders hervor, daß die Pigmentflecke der Recklinghausen-Kranken keine Nävuszellhaufen enthalten. Sicher ist jedenfalls, daß die Neurofibrome, wenn sie pigmentiert oder gar mit Haaren implantiert sind, oft für weiche Naevi gehalten werden.

Mit der gleichen Skepsis sind aber, wie schon angedeutet, die Fälle zu betrachten, in denen „Naevi pilosi" und „Naevi pigmentosi pilosi" beschrieben wurden.

Ich fand diesbezügliche Angaben bei folgenden Autoren:

1. BRYK, ein beutelförmiger Naevus pilosus an der rechten Schulter, vorn, von weicher lappiger Konsistenz.

Digitized by Google

2. Klippel und Maillardt, ein größerer Naevus pilosus.
3. Pollack, am rechten Unterschenkel ein Naevus pilosus, mandelgroß.
4. Scholl, in der Mitte des linken Oberarmes, in der Längsrichtung der Extremität verlaufend, ein etwa 2,5 cm langer, 1 cm breiter, brauner, wenig erhabener, behaarter Naevus, mit zackigen Rändern, ein Naevus pilosus.
5. Szondi und Kenedy, im Gesicht ein größerer und ein kleinerer Naevus pilosus.
6. Erb, auf der linken Wange ein erbsengroßer, abnorm behaarter Pigmentfleck; mehrere ebensolche, größere Pigmentflecke am Rumpf und am Oberarm.
7. Delore und Bonne, ein Naevus pigmentosus pilosus an der Innenseite des linken Unterschenkels, der mit dem zunehmenden Alter dunkler wurde; der Nävus wurde allmählich erhaben und weich.
8. Hanasz, an der linken Wange ein erbsengroßer, etwas erhabener Naevus pigmentosus pilosus.
9. Hoffmann, am rechten Bein ein Naevus pigmentosus pilosus, 2 : 2 cm.
10. Harbitz, ein großer, pigmentierter und behaarter, angeborener Leberfleck an der linken Seite des Halses und über die Brust hinab; die Haut war hier verdickt und lappig, runzelig.
11. Jaboulai, ein Naevus pigmentosus pilosus, in seiner ganzen Ausdehnung molluskoid entartet.
12. Hashimoto, zahlreiche Nävi hier und da behaart, Tumoren teilweise von Nävis bedeckt.
13. Kölpin, großer, die rechte Schulter bedeckender Naevus pigmentosus pilosus, in seiner ganzen Ausdehnung molluskoid.
14. Riemann, ein dreimarkstückgroßer Naevus pigmentosus pilosus congenitus, mitten vorn auf dem linken Oberschenkel, der über die Umgebung leicht erhaben und nirgends schmerzhaft war. An der Peripherie lassen sich einige erweiterte Gefäßchen erkennen.
15. Mosse, ein Naevus vasculosus pigmentosus, die rechte Backe bedeckend, stark behaart.

Bei diesen Fällen handelt es sich 6mal der Beschreibung nach um Lentigines (3, 5, 6, 8, 9, 12), 4mal anscheinend um Recklinghausen-Tumoren (2, 7, 14, 15), 4mal wegen des lappigen, molluskiformen Charakters der Nävi höchstwahrscheinlich ebenfalls um Recklinghausen-Tumoren (1, 10, 11, 13), und nur in 1 Fall (4) läßt die freilich ganz ungenügende Beschreibung einen übrigens sehr unbedeutenden (2,5 : 1 cm) Naevus pilosus vermuten.

Auch die folgenden 12 Fälle von Schwimmhosennävi bei Recklinghausen-Kranken (De Amicis, v. Brunn, Eichhoff, Hanasz, Heuer, Hyde, Kölpin, Michaelson, Moller [„dazu noch zahlreiche Naevi pigmentosi pilosi am ganzen Körper"], Scarenzio, v. Walther und v. Planner) können unmöglich ohne weiteres mit den Tierfellnävi der Normalen zusammengeworfen werden. Denn die Autoren geben in allen diesen Fällen an, daß es sich um einen „Naevus molluscoides", bzw. um einen lappigen, elephantiastisch entarteten Tumor in Schwimmhosenform handele. Histologische Untersuchungen scheinen nur in einem Fall (v. Planner) vorgenommen worden zu sein, in dem der Autor schreibt: „Die histologische Untersuchung ergab Melanom im Sinne Virchows."

Hierher gehören auch noch folgende ähnliche Fälle:

1. Vörner, eine schwimmhosenförmige leichte Überpigmentierung.
2. Cleuet und Ingelrans, diffuse Pigmentierung der Haut in Schwimmhosenform.

Mikroskopisch fanden Cleuet und Ingelrans „Veränderungen, die an embryonale Mißbildungen erinnern: kapilläre Hämangiome, subepidermale Pigmentzellhaufen mit Pigmentzellausstreuung in die Umgebung. Das ganze Gewebe ist elephantiastisch verändert." Das klingt offenbar viel

Digitized by Google

mehr nach Recklinghausen-Tumor als nach weichem Nävus. Auf die Notwendigkeit, den „Schwimmhosennävi" wegen ihrer Zugehörigkeit zur RECKLINGHAUSENschen Krankheit eine Sonderstellung einzuräumen, hat übrigens schon HEUER hingewiesen. Ob diese Gebilde mit den bei den Normalen vorkommenden ähnlichen Nävi identisch sind, ist also noch ungewiß.

Ferner gehört hierhin noch der Fall von HELLER (1920), in dem bei einem Recklinghausen-Kranken ein Tierfellnävus erwähnt wird, von welchem nicht gesagt ist, ob eine molluskoide Entartung besteht. Es ist zwar nicht ohne weiteres abzulehnen, daß es sich hier um einen echten Tierfellnävus handeln könnte. Ich halte das aber nicht für wahrscheinlich, weil der Verfasser sagt, daß neben diesem großen Nävus eine „dauernde Neubildung von Pigmentmälern" stattfand. Bei diesen Pigmentmälern — es sind zur Zeit etwa 600 bei den Patienten — handelt es sich ja offenkundig auch nicht um wahre „Nävi", sondern um die bekannten Recklinghausen-Symptome.

Schließlich gehört hierher noch der Fall von LAIGNEL-LAVASTINE, von dem gesagt wird, „es besteht Dermatolyse, eine Mißbildung von der Art der weichen Nävi, am Innen- und Außenrande des Fußes".

Die Durchsicht aller dieser Fälle von Recklinghausen-Kranken mit pigmentierten Nävi ergibt also keinen Anlaß, ein gehäuftes Auftreten von pigmentierten und behaarten Nävi bei Recklinghausenkranken anzunehmen. Vielmehr handelt es sich möglicherweise immer, zum mindesten aber ganz vorwiegend, nur um makroskopisch nävusähnliche Recklinghausen-Tumoren oder um „große" bzw. „kleine Recklinghausen-Flecke" (SIEMENS), oder schließlich um gewöhnliche Lentigines. Die vielen Fälle, in denen „Epheliden" oder „epheliden-artige Flecke" erwähnt werden, habe ich völlig unberücksichtigt gelassen. Sie erledigen sich durch die Untersuchungen von SIEMENS von selbst, ebenso wie die „Tâches bleuâtres" oder „bläulichen Flecken" der Autoren, die ja nichts anderes sind wie beginnende Recklinghausen-Geschwülste.

Es bleiben nun noch die bei Recklinghausen-Kranken angeführten Gefäßmäler zu untersuchen (Hämangiome und Lymphangiome), da ja auch sie zu den Nävi gerechnet werden.

Was hier als „Naevi vasculosi" von den Autoren beschrieben wird, sind aber meistens die im höheren Alter ganz außerordentlich häufigen sogenannten senilen Angiome oder Kapillarvarizen. Schon LÉVI und OVIZE sagen 1899, diese „Naevi vasculosi" seien kavernöse Angiome „ohne irgend etwas Besonderes".

Ich zähle zunächst die Fälle auf, bei denen es sich anscheinend um solche Kapillarvarizen handelt:

1. ADRIAN, vereinzelte erbsengroße kavernöse Angiome im Gesicht.
2. BAROT, eine außerordentliche Neigung zu Gefäßanomalien: Naevi vasculosi, doppelte Varikozele, Hämorrhoiden.
3. BENAKY, zahlreiche Naevi vasculosi.
4. FEINDEL-OPPENHEIM (I), rechts viele Naevi vasculosi, teils papulös, teils flach, teils gestielt; hellrot, von Stecknadelkopf- bis Linsengröße.
5. FEINDEL-OPPENHEIM (II), Naevi vasculosi in großer Zahl.
6. FRAENKEL und HUNT (III), einzelne kleine Naevi vasculosi am Stamm.

Digitized by Google

7. Fraenkel und Hunt (IV), ein kleiner Naevus vasculosus am Abdomen.
8. Herzel, zwei Naevi vasculosi in der Lendengegend.
9. Hoffmann, einzelne Naevi vasculosi am Stamm.
10. Marie und Bernard, über der linken Klavikel einige kleine Naevi vasculosi von lebhaft rotem Aussehen.
11. Marie und Bernard, unzählige Naevi vasculosi bis zweifrankstückgroß.
12. Sarazanas, einige Naevi vasculosi, sehr klein, lebhaft rot am Stamm.
13. Sarazanas, ein Naevus vasculosus von Reiskorngröße, lebhaft rot, links im Nacken.
14. Adrian, drei stecknadelkopf- bis linsengroße flache Angiome an der rechtsseitigen Thoraxwand.
15. Erb, ein Hämangiom an der rechten Unterlippe.
16. Grön, ein einziges kleines Angiom an der linken Bauchseite.
17. Harbitz, ein Angiom am Rücken.
18. Harbitz, Pigmentflecke (und Angiome?) über den ganzen Körper verstreut.
19. Karwosky, mehrere linsengroße Hämangiome, hauptsächlich an den Seiten des Thorax und Rückens.
20. Labouverie, ein schwärzlicher Fleck an der Innenseite der linken Backe von der Größe einer Linse (0,004) mit scharfen Rändern, sich langsam vergrößernd; „Est-ce une angiome capillaire"?
21. Scholl, ein stecknadelkopfgroßes Hämangiom oberhalb des Nabels.
22. Werther, einige Angiome.

Die Fälle sind meist höchst ungenau beschrieben. Im Fall 8 könnte es sich auch um die in der Sakralgegend ziemlich häufigen glatten teleangiektatischen Flecke handeln. Ebensowenig ist mit dem Fall Gilchrist anzufangen, der „eine fleckförmige Teleangiektasie" erwähnt.

Vignolo-Lutati beobachtete „zahlreiche punktförmige Teleangiektasien", die in der Diskussion zu der Vorstellung des Falles als „sogenannte blaue Flecke" bezeichnet werden (!). Es handelt sich also auch hier gewiß nicht um sichere Naevi vasculosi. Nur Heller beschreibt einen „Naevus flammeus, strichförmig, aus einzelnen kleinen und größeren Teleangiektasien bestehend, am rechten Arm", also ein sicheres Gefäßmal, und Köbner erwähnt: „einfache Lymphangiome", und dazu bei dem gleichen Patienten „mehrere kavernöse, bläulichrote Angiome, markstückgroß etwa, von schwammiger, plazentaähnlicher Konsistenz". Nach der genauen Beschreibung handelt es sich bei den angeführten Lymphangiomen tatsächlich um solche. Hartmanns Fall von Lymphangiomen bei Recklinghausenscher Krankheit ist dagegen auszuschalten, da es sich in seinem Falle wohl kaum um eine Recklinghausensche Krankheit handelt und wohl auch kaum um Lymphangiome, worauf schon Siemens hingewiesen hat.

Wir haben demnach bei näherem Zusehen tatsächlich bis jetzt nur einen einzigen sicheren Fall von Naevus vasculosus bei Recklinghausenscher Krankheit, nämlich den von Heller beschriebenen, und einen Fall von Lymphangiomen (Köbner). In allen anderen von mir in der Literatur aufgefundenen Fällen handelt es sich teils um gewöhnliche Kapillarvarizen, teils muß die Diagnose überhaupt offen bleiben. Ob Kapillarvarizen bei Recklinghausen-Kranken etwas häufiger auftreten als bei Normalen, läßt sich nach den von uns zusammengestellten Befunden nicht sagen, da über die allgemeine Häufigkeit der Kapillarvarizen nichts Sicheres bekannt ist. Wie leicht echte Recklinghausentumoren bei lediglich makroskopischer Betrachtung mit Angiomen verwechselt werden können, hat ja schon Siemens betont und mit einem

Digitized by Google

anschaulichen Beispiel belegt. Unterdessen ist uns an der hiesigen Poliklinik noch eine zweite derartige Verwechslung bekannt geworden.

„Naevi verrucosi" fand ich bei Recklinghausenkranken nur 3mal beschrieben:

1. Atkinson, zwei Naevi verrucosi am Rücken, die nicht zu verkennen sind; sie sind Ausgangsstellen für molluskoide Gebilde.
2. Hoffmann, am rechten Bein ein Naevus verrucosus.
3. Léri, zahlreiche Naevi verrucosi, von denen der eine links am Nacken mehr oder weniger lineär ist.

Wie weit diese drei Fälle im Sinne von Soldan als unvollständige Neurofibrome zu erklären sind, oder wie weit es sich bei ihnen um gewöhnliche Lentigines — die früher sogenannte Verrucae molles — handelt, läßt sich freilich nicht sicher entscheiden. Ohne Zweifel läßt sich aber sagen, daß die Beschreibung der Fälle vollständig ungenügend ist, um daraus einen wirklichen Naevus verrucosus mit größerer Wahrscheinlichkeit diagnostizieren zu können. Ob ein Naevus verrucosus bei einem Recklinghausen-Kranken schon beobachtet worden ist, läßt sich also nicht sagen.

Szondi und Kenedy berichten über mehrere „Naevi seborrhoici" am Rücken. Es ist zu vermuten, daß die Autoren hiermit Verrucae seborrhoicae sive seniles meinen.

„Melanodermie" beschreibt Jullien in einem Falle als „totale Melanodermie, die nur Hände und Füße frei läßt". Einen zweiten Fall beschreiben Laignel-Lavastine und Dauphin, die die Melanodermie als unentwickelte Form von Recklinghausenscher Krankheit ansehen.

„Vitiligo" erwähnt Feindel-Tollemer ohne nähere Angaben. „Leukodermie" beschreibt Harbitz: „Auf der Haut finden sich außerdem pigmentlose Flecke (Leukoderma)", Scholl: „Nebenbei besteht ein pfennigstückgroßes Leukoderma auf dem Nacken."

Hiermit kommen wir zu dem „Naevus anaemicus Vörner", der öfters auch „Leucoderma atrophicum" genannt wird. Folgende Fälle seien aufgeführt:

1. Hirota, sechs Fälle von Recklinghausen mit Naevus anaemicus Vörner. Lokalisation an Brust, Rücken, Abdomen, Arme, Oberschenkel von Linsen- bis Daumenspitzengröße.
2. Naegeli, in der Sternalgegend und am Rücken Naevi anaemici Vörner, dafür fehlen Pigmentnävi fast ganz.
3. Naegeli, in großer Zahl Café-au-lait-Flecken und Naevi anaemici Vörner.
4. Komaya, Leucoderma atrophicum sive Naevus anaemicus Vörner, einige weißliche Flecken an der oberen Partie des Sternums.
5. Merk, Leucoderma atrophicum, landkartenförmige kleine Flecke, die Pigmentmangel zeigen. Von Akromion bis Sternum rechts.
6. Schnitzer, zwei Querfinger breit unterhalb der rechten Klavikel und in der Gegend der rechten Skapula Naevi anaemici, unregelmäßig, scharf begrenzt, polyzyklisch geformt.
7. Weichert, zirkumskripte, bläulich durchschimmernde, mit einem weißen Hof umgebene, ganz flach atrophische Stellen, teils einzeln in Linsengröße, teils in unregelmäßigen Gruppen mit scharfen Grenzen; an Brust und Bauch; von Linsen- bis Fünfmarkstückgröße.
8. Sabazanas, mehrere Stellen mit sehr glatter Hautatrophie.

Einige Fälle (besonders 7, 8) machen der Beschreibung nach den Eindruck der bekannten „bläulichen Flecken". Ob es zweckmäßig ist, den Naevus anaemicus Vörner überhaupt zu den Nävi zu rechnen, will

Digitized by Google

ich nicht zu entscheiden wagen. Auf jeden Fall nimmt er eine sehr ausgesprochene Sonderstellung ein. Komaya (Fall 4) bezeichnet als Ursache dieser „Nävi" die mechanische Behinderung durch die Tumormassen, die eine lokale Leukodermie hervorrufe. Daß die Häufigkeit dieser Hautanämien bei Recklinghausenscher Krankheit vielfach übertrieben wird, hat schon Siemens betont. Auch Jadassohn weist darauf hin, daß man die Naevi anaemici in den meisten Fällen von Recklinghausenscher Krankheit nicht findet.

Als Besonderheit führt Rump noch zahlreiche Atherome bei einem Recklinghausen-Kranken an.

Zusammenfassung

Unter 466 Literaturfällen von Recklinghausenscher Krankheit wurde kein einziger gefunden, der mit Sicherheit einen Naevus pigmentosus, pilosus oder verrucosus von der Art, wie sie bei den Normalen vorkommen, aufwies, und nur einer, der einen sicheren Naevus vasculosus darbot. Die vielfach vertretene Ansicht, daß die Recklinghausensche Krankheit mit einem gehäuften Auftreten von Muttermälern einhergeht, wird also durch die uns erreichbar gewesenen Literaturfälle ebensowenig gestützt wie durch die von Siemens untersuchten und veröffentlichten Fälle von Recklinghausenscher Krankheit.

Literatur

1. Originalarbeiten

Adrian, Bruns Beitr., 1901, Bd. 31, S. 1. — Arnozan, Arch. f. Derm., 1883, S. 689. — Audry, Ann. de Derm., 1901, S. 290. — Audry und Fabre, Gaz. hebd., 1892, S. 462. — Aumann, B. derm. Gesellsch., Ber. in Derm. W., 1919, Nr. 27. — Austin, M. Record, 1903, Bd. 2, S. 690. — Baer, Derm. Zbl., Bd. 13, S. 242. — Ball, Inaug.-Diss., Berlin 1920, siehe auch D. Zschr. f. Nervenhlk., Bd. 65, S. 33. — Barot, J. m. Bordeaux, 1896, S. 346. — Beale, Transact. of Path. Soc., 1855, Bd. 6, S. 313. — Beathie und Hall, Proc. Roy. Soc. med. Path. Sect., 20. II. 1912. — Bénaky, Arch. de Derm., 1904, S. 977; 1907, S. 728. — Bennati, Rif. med., 1901, S. 189. — Berger, Arch. gén. de Med., 1904, Bd. 1, Nr. 22, S. 1367. — Berggrün, Arch. f. Kinderhlk., 1896, Bd. 21, S. 89. — Bergmann, B. kl. W., 1889, S. 1133. — Billington, Brit. m. J., 1914, Bd. 1, S. 709. — Bohn, Zschr. f. d ges. Neurol. u. Psych., 1923, Bd. 83, S. 542. — Bourcy und Laignel-Lavastine, Arch. gén. de med., 1900, S. 270. — Brault und Tanton, ebenda, 1905, Bd. 196a, S. 2433. — v. Brunn, Bruns Beitr., 1906, Bd. 48, S. 852. — Bruns, Virch. Arch., 1870, Bd. 50, S. 109. — v. Bruns, Bruns Beitr., 1891, Bd. 8, S. 1. — Bryk, Öst. Zschr. f. prakt. Heilk., 1869, Bd. 15, S. 137. — Bunch, Proc. Roy. Soc. Med. Derm. Sect., 1916/17, S. 59. — v. Büngner, Arch. f. kl. Chir., 1897, Bd. 55, S. 559. — Burghart, B. kl. W., 1899, S. 179. — Carwardine, Transact. Path. Soc. London, 1899, Bd. 50, S. 27—29. — Chauffard, Gaz. des hôp., 1896, S. 1385. — Chedevergne, ebenda, 1865, S. 65. — Clark, Lancet, 1887, Bd. 1, S. 1183. — Cockayne, Proc. Roy. Soc. med. Sect. dis. Children, 1916/17, S. 33. — Cole und Shawan, Cleveland m. J., 1911, S. 653. — Collet und Lacroix, Gaz. hebd., 1893, S. 569. — Czerny, Arch. f. kl. Chir., 1874, Bd. 17, S. 357. — Danlos, Ann. de Derm., 1900, Nr. 3, S. 394. — Delore, Gaz. des hôp., 1896, S. 514. — Delore und Bonne, Gaz. hebd., 1898, S. 289. — Déri, Pester m. kl. Presse, 1903, S. 348 u. 370. — v. Dessauer, Inaug.-Diss., München 1887/1912 — Dorner, M. m. W., 1919, Nr. 45. — Ehrmann, Derm. W., 1922, Nr. 45. — Eichhoff, Mh. f. pr. Derm., 1889, Bd. 9, S. 483. — Erb, D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 181, S. 350. — Feindel, Thèse de Paris, 1896, Nr. 104. — Feindel und Oppenheim, Arch. gén. de med., 1898, Bd. 2, S. 77. — Feldmann, Derm. W., 1913, S. 372. — Fenter, Proc. Roy. Soc. med. klin. Sect. Bd., 1908/09, 2. I., S. 33. — Finotti, Virch. Arch., 1896, Bd. 143, S. 155. — Frühwald,

Digitized by Google

Derm. Zbl., Bd. 15, S. 410. — Fischer, Derm. Zschr., 1924, Bd. 42, S. 143. — Flockmann, Inaug.-Diss., München 1894. — Fraenkel und Hunt, M. Record, 1903, Bd. 1, S. 925. — Freifeld, Zieglers Beitr., 1915, Bd. 60, S. 347. — Gabriel, B. kl. W., 1911, S. 133. — Garré, Bruns Beitr., Bd. 9, S. 475. — Geneserich, Virch. Arch., 1870, Bd. 49, S. 15. — v. Gernet, Inaug.-Diss., Dorpat 1892. — Giers, Inaug.-Diss., Marburg 1889. — Gilchrist, Joh. Hopkins Hosp. Bull., 1896, Bd. 1, S. 349. Ebenda S. 138. — Goldmann, Bruns Beitr., 1893, Bd. 10, S. 35. — Grün, Inaug.-Diss., Würzburg 1886/87. — Habermann, M. m. W., 1898, S. 713 u. 753. — Hanasz, Inaug.-Diss., Marburg 1917/18. — Hansemann, B. kl. W., 1895, S. 662. — Harbitz, Zieglers Beitr., 1916, Bd. 62, S. 503. — Hashimoto, Zschr. f. kl. M., 1890, Bd. 17, S. 353. — Hebra, Vierteljahrschr. f. Derm., 1875, S. 121. — Hebra und Pick, W. m. W., 1865, Nr. 49, S. 903. — Heintze, D. m. W., 1894, S. 100. — Heller, Derm. Zschr., 1900, S. 100. — Heller, Virch. Arch., 1868, Bd. 44, S. 344. — Heller, Derm. W., 1920, Nr. 48. — Helmholz und Cushing, Am. J. m. Sc., Sept. 1906, S. 355. — Henneberg und Koch, Arch. f. Psych., 1902, Bd. 36, S. 351. — Herczel, Zieglers Beitr., 1890, Bd. 8, S. 38. — Herxheimer und Roth, ebenda 1914, Bd. 58, S. 319. — Heuer, Bruns Beitr., 1917, Bd. 104, S. 388. — Heydweiller, Inaug.-Diss., Erlangen 1888. — Heymann, Virch. Arch., 1859, Bd. 16, S. 176. — Hintz, Arch. f. Derm., 1911, Bd. 56, S. 277. W. kl. W., 1909, S. 1156. — Hirsch, Prager m. W., 1911, S. 375. — Hirschmann, Inaug.-Diss., Halle 1912. — Hirst, Am. J. obst., 1911, S. 256. — Hitchcock, Am. J. m. sc., 1862, S. 320. — Hoekstra, Inaug.-Diss., Berlin 1921. — v. d. Hoeve, Arch. f. Ophthalm., Bd. 105, S. 893. — Hoffmann, Thèse de Genf, 1910, Nr. 63. — Hoisnard, Thèse de Paris, 1898, Nr. 464. — Houloussi, Derm. W., 1922, Nr. 42. — Hulst, Virch. Arch., 1904, Bd. 177, S. 337. — Hürthle, Inaug.-Diss., Jena 1886. (Tübingen 1885/86, Nr. 29.) — Husten, Derm. W., Februar 1924. — Jaboulay, Gaz. de hôp., 1906, S. 1155. — Jakobson, Inaug.-Diss., Breslau 1912. — Jullien, Thèse de Paris, 1910, Nr. 266. — v. Karwowski, Mh. f. pr. Derm., 1902, S. 409. — Kaulbach, Inaug.-Diss., Marburg 1906. — Kawashima, Virch. Arch., 1911, Bd. 203, S. 66. — Kenéz, D. m. W., 1917, S. 78. — Klinger, B. kl. W., 1911, S. 1400; 1912, S. 1491. — Klippel und Maillardt, Arch. gén. med., Bd. 196b, S. 3255. — Köbner, Virch. Arch., 1883, Bd. 93, S. 343. — Kolepke, Zschr. f. orthop. Chir., 1911, Bd. 29, S. 367. — Kölpin, Inaug.-Diss., Greifswald 1896. — König, D. m. W., 1895, S. 107. — Königsdorf, Inaug.-Diss., Würzburg 1889. — Kren, W. kl. W., 1906, S. 1200. — Kriege, Virch. Arch., 1887, Bd. 108, S. 466. — Küster, B. kl. W., 1884, S. 243. — Kyrieleis, Inaug.-Diss., Göttingen 1885. — Labouverie, Thèse de Nancy, 1899, Nr. 55. — Lahmann, Virch. Arch., 1885, Bd. 100, S. 263. — Landowski, Thèse de Paris, 1894, Nr. 244. — Lange, Inaug.-Diss., Leipzig 1906, Nr. 317. — Langer und Gumpert, Arch. f. Derm., 1923, Bd. 144, S. 277. — Leredde und Bertherand, Gaz. hebd., 1896, S. 68. — Leriche, D. Zschr. f. Chir., 1911, Bd. 111, S. 314. — Lier, Zschr. f. kl. M., 1914, Bd. 80, S. 261. Derm. W., Okt. 1913. — Little, Proc. Roy. Soc. med. Derm. Sect., 1908/09, 2, I, S. 38. — Little wood, Telling und Scott, Lancet, 1905, Bd. 1, S. 921. — Lorenz, W. m. W., 1909, S. 2216. — Marchand, Virch. Arch., 1877, Bd. 70, S. 36. — Marie und Bernard, Gaz. hôp., 1896, S. 303. Zbl. f. allg. Path., 1897, S. 750. — Matties, Zschr. f. kl. M., 1913, Bd. 77, S. 50. — Meek, Boston m. J., 1905, S. 370. — Menke, B. kl. W., 1899, S. 974. — Merk, Arch. f. Derm., 1905, Bd. 73, S. 139. — Merken, W. kl. W., 1899, S. 820 u. 837. — Michel, Am. J. m. sc., 1875, Bd. 69. — Modrzejewsky, Gaz. hebd., 1881, S. 508. — Moller, W. m. W., 1889, S. 465. — Molter, Inaug.-Diss., Jena 1920. — Monzardo, Rif. med., 1905, S. 966. — Morris und Fox, Brit. J. of Derm., April 1907. — Moses, D. m. W., 1890, S. 1121. — Mosse, Thèse de Lyon, 1907/08, Nr. 15. — Most, Zbl. f. Chir., 1910, S. 1255. — Moyniham, Lancet, 1901, Bd. 1, S. 28. — Murray, ebenda, 1873, Bd. I, S. 410. — Naegeli, Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121, S. 742. — Orzechowski und Nivicki, Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1911, Bd. 11, S. 237. — Ottolia, Rif. med., 1908, S. 1243. — Oulmont und Haller, Bull. et mém. de la Soc. méd. hôp., Paris 1909, S. 707. — Pastine, Rif. med., 1906, S. 1037 u. 1076. — Payne, Transact. Path. Soc., London 1887, Bd. 38, S. 69. — Perthes, D. Zschr. f. Chir., 1902, Bd. 63, S. 103. — Peusquens, D. Zschr. f. Nervenhlk., 1910, Bd. 40, S. 56. — Philippson, M. m. W., 1893, S. 517. Virch. Arch., 1887, Bd. 110, S. 602. — Piolett, Gaz. hôp., 1902, S. 1345. — v. Planner, Vierteljahrschr. f. Derm., 1887, S. 449. — Ploeger, Derm. Zbl., 1925, S. 875. — Podlewski, Inaug.-Diss., Berlin 1885/86. — Pollock, Lancet, 1873, Bd. 1, S. 411. Transact. Path. Soc., 1876, Bd. 26, S. 219. — Pollack, Arch. f. Derm., 1906, Bd. 78, S. 91. — Pomorski, Inaug.-Diss.,

Digitized by Google

Greifswald 1886. — Popper, Derm. W., 1924, S. 649. — Posadsky, Virch. Arch., 1882, Bd. 87, S. 380. — Preble und Hektoen, Am. J. m. sc., 1901, S. 1. — Preiser und Davenport, Eugenic Record Office-Bull., 1918, Nr. 19. — Preobraschensky, D. Zschr. f. Nervenheilk., 1911, Bd. 42, S. 95. — Rapok, D. Zschr. f. Chir., 1899, Bd. 30, S. 536. — v. Recklinghausen, Festschrift f. Virchow, Berlin 1882, Verlag Hirschwald. — Reichmann, D. Zschr. f. Nervenhlk., 1912, Bd. 44, S. 95. — Richardson, Lancet, 1904, Bd. 2, S. 1562. — Riesenfeld, Inaug.-Diss., Würzburg 1876. — Rimann, Bruns Beitr., 1907, Bd. 53, S. 800. — Roederer, Derm. W., 1922, Nr. 35. — Rolleston, Lancet 1899, Bd. 2, S. 271. Proc. Roy. Soc. med. Sect. Dis. Children, 1916/17, S. 32. — Rolleston und Macnaughtan, ebenda, Sect. clin., 1910/11, S. 71. — Rubinowitch und Regnault de la Soudière, Rev. Neurol., 1914, S. 110. — Rubesch, Prager m. W., 1903, S. 501. — Rump, Virch. Arch., 1880, Bd. 80, S. 117. — Saalmann, ebenda, 1913, Bd. 211, S. 424. — Sahut, Thèse de Paris, 1904. — Salomon, Charité Annalen 1877, S. 133. — Sarazanas, Thèse de Paris, 1904, Nr. 170. — Seitz, Virch. Arch., 1871, Bd. 52, S. 114. — Siemens, Inaug.-Diss., Marburg 1874. — Siemens, H. W., Arch. f. Derm., 1926, Bd. 150, H. 1, S. 80. Virch. Arch., 1926, Bd. 260, S. 234. Derm. Zschr., 1926, Bd. 46, S. 168. — Simon, Derm. W., 1923, Nr. 2. — Soldan, Inaug.-Diss., Berlin 1895/96. Arch. f. kl. Chir., 1899, Bd. 59, S. 261. — Sorger, Inaug.-Diss., Würzburg 1890. — Speransky, Derm. Zschr., 1895, S. 399. — Spiethoff, Derm. W., 1925, Nr. 40. — Spillmann, Gaz. hebd., 1900, S. 320. — Spillmann und Etienne, Gaz. hebd., 1898, S. 673. — Spitzmüller, W. m. W., 1904, S. 365. — Suzuki, B. kl., W., 1910, S. 1623. — Szondi und Kenedy, Arch. f. Derm., 1925, Bd. 148, S. 518. — Scherber, Derm. Zbl., Bd. 13, S. 331. — Schewen, Bruns Beitr., 1896, Bd. 17, S. 157. — Schnitzer. Inaug.-Diss., Berlin 1918. — Scholl, Inaug.-Diss., Straßburg 1916. — Schramek, Derm. W., 1909, Bd. 49. — Schüle, Arch. f. Psych., 1902, S. 315 — Stahnke, D. Zschr. f. Chir., 1922, Bd. 168, S. 6. — Steden, ebenda, 1923, Bd. 177, S. 137. — Stier, B. kl. W., 1913, S. 749. — Strassburg, Derm. W., 1924, Bd. 78, S. 106. — Strube, Virch. Arch, 1898, Bd. 151 (Suppl.), S. 78. — Tailhefer, Progr. méd., 1897, S. 474. — Teichert, Inaug.-Diss., Würzburg 1887. — Teichmann, M. m. W., 1922, Nr. 48. — Thibierge, Gaz. hebd., 1898, S. 186. — Thilow, Inaug.-Diss., Berlin 1889. — Thomas, John Hopkins Hospital Bull., 1903, S. 204. — Thompson, Proc. Roy. Soc. med, clin. Sect., 1908/09, 2. I., S. 34. — Trimble, New York m. J., 1911, S. 358. — Tyshmenko, Derm. W., 1921, Nr. 33. — Ullmann, Derm. W., 1923, Nr. 49. — Urbach, ebenda, 1924, Nr. 78, S 114. — Vangehr, Inaug.-Diss., München 1881. — Verocay, Zieglers Beitr., 1910, Bd. 48, S. 1. — Vignolo-Lutati, Derm. W., Bd. 41, S. 416. — Virchow, Virch. Arch., 1847, Bd. 1, S. 207; ebenda, 1857, Bd. 12, S. 114. — Volkmann, ebenda, Bd. 12, S. 27. — Vonwiller, ebenda, 1911, Bd. 204, S. 259. — Vörner, Derm. Zschr., 1905, S. 660. — Wallner, Virch. Arch., 1922, Bd. 273, S. 331. — Walsh, Proc. Roy. Soc. med. derm. Sect., 1907/08, S. 189. — Weber, Brit. J. of Derm., Febr. 1909. — Wegelin, Frankf. Zschr. f. Path., 1909, Bd. 2, S. 485. — Weichert, Inaug.-Diss., Berlin 1903. — Werther, Derm. Zschr., 1907, S. 115. — Westphalen, Virch. Arch., Bd. 110, S. 29; Bd. 114, S. 29. — Witfield, Lancet, Bd. 2, S. 1230. — v. Winiwarter, Arch. f. kl. Chir., 1876, Bd. 19, S. 595. — Wittemann, Inaug.-Diss., Heidelberg 1910. — Wolfsohn und Marcuse, B. kl. W., 1912, S. 1088. — Zusch, Virch. Arch., 1900, Bd. 160, S. 407.

2. Referierte Arbeiten

de Amicis, Bruns Beitr., Bd. 104, S. 408. — Anderson s. v. Recklinghausen. — Arnozan, Bruns Beitr., Bd. 9, S. 469 (Garré). — Adkinson, These Paris, 1894 (Landowski). — Bergmann, v. Recklinghausen. — Billroth, ebenda. — Castellino, Zbl. f. Derm., Bd. 15, S. 68. — Chiray und Coryllos, Preiser und Davenport. — Cimmino, Virchow-Hirsch, 1892, S. 546. — Cleuet und Ingelrans, Derm. Zbl., 1925, S. 54. — Craigie, v. Recklinghausen. — Croly, Virchow-Hirsch, 1894, S. 668. — Cusco, v. Recklinghausen. — Fox und Farquhar, Preiser und Davenport. — Gluge, v. Recklinghausen. — Grön, Derm. W., 1923, Nr. 49/50. — Haushalter, Henneberg und Koch. — Hecker, v. Recklinghausen. — Hesselbach, ebenda. — Hirota und Yamaguchi. Derm. Zbl., Bd. 16, S. 566. — Humbert und Naville, Path. Zbl., 1919, S. 657. — Hyde, Heuer. — Keyser. Preiser und Davenport. — Klippel und Maillard, Neurol. Jahresberichte, 1906, S. 290. — Komaya, Derm. Zbl., Bd. 10, S. 439. — Kraemer, v. Recklinghausen. — Laignel-Levastine und Dauphain, Derm. W., 1925, Nr. 11 und Derm. Zbl., 1925, S. 53. — Laignel-Lavastine und Froelicher, ebenda, 1924, S. 454. —

Digitized by Google

Lannois und Variot, Chir. Zbl., 1883, S. 555. — Lebert, v. Recklinghausen. — Leisrink, ebenda. — Léri, Derm. W., 1923, Nr. 34. — Levin, ebenda, 1922, Nr. 18. — Maas, Neurol. Jahresber., 1910, S. 335. — Magni, Derm. W., 1913, Nr. 4. — Mallam, Derm. W., 1922, Nr. 44. — Margain, ebenda, 1908, Nr. 46. — Michaelson, Heuer. — Michel, v. Recklinghausen. — Minne, Derm. W., 1909, Bd. 49. — Octerlony, v. Recklinghausen. — Parsons, Neurol. Jahresber., 1906, S. 290. — Philimonoff, Derm. Zbl., Bd. 12, S. 43. — Pissweni, Derm. W., 1914, S. 222. — Psilander, Virchow-Hirsch, 1872, S. 593. — Roederer, Derm. W., 1923, Nr. 2. — v. Roojen, D. m. W., 1913, S. 2161. — Rüdler, Neurol. Jahresber., 1906, S. 291. — Scarenzio, Heuer. — Tichoff und Timofejeff, Virchow-Hirsch, 1894, S. 319. — Tilesius, v. Recklinghausen (1793). — Trélat, Landowski. — Vignolo-Lutati, Derm. W., 1917, Nr. 37. — Volkmann, v. Recklinghausen. — v. Walther, ebenda und Heuer. — Wigglesworth, v. Recklinghausen. — Wilson, ebenda. — Wutzer, Siemens, Inaug.-Diss., Marburg 1874.

3. Arbeiten, die keine eigenen Fälle bringen

Acuna und Bazam, Semena med., 1924, S. 813. — Albracht, Bruns Beitr., 1906. Bd 50, S. 614. — Beck, Inaug.-Diss., Berlin. — Bielschowsky, Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1914, Bd. 26. — Bittorf, B. kl. W., 1912, Nr. 23. — Boerner, D. Zschr. f. Chir., 1902, Bd. 67, S. 309. — Bradford, Lancet, 1908, Bd. 2, S. 1445. — Brooks und Lehmann, Surg. gyn. and obst., 1924, Bd. 38, S. 587. — Bruns, Die Geschwülste d. Nervensystems, Berlin 1908. — Cesaris-Demel, Ital. path. Gesellsch., Rom 1905. — Dawson, Proc. Roy. Soc. med., 18. V. 1911, Bd. 4, Nr. 8. — Delbanco, Hamburger ärztl. Verein. — Feldmann, Derm. W., 1913, Bd. 56, S. 372. — Franchini, B. kl. W., 1918, Nr. 12. — Freund, ebenda, 1911, Nr. 3. — Godet, Arch. gén. de Med., 1906, S. 2327. — Graupner, M. m. W., 1910, H. 45. — Gross, ebenda, Bd. 63, S. 323. — Hallopeau und Lebret, Franz. derm. Ges., 4. III. 1904. — Henschen und Lennander, Mitt. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1902, Bd. 10, H. 5 und 1904, S. 589. — Heveroch, Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1920, Bd. 19, S. 280. — Jadassohn, Derm. W., 1906, Bd. 43, S. 490. — Knauss, Arch. f. path. Anat., 1898, S. 29. — Ladkin, Zbl. f. allg. Path., 1905, S. 619. — Levy et Ovize, Gaz. des hôp., 1899, S. 1201. — Langmead, Proc. Roy. Soc. med., III. Abt. Clin. Sect., S. 109. — Kohtz, Inaug.-Diss., Königsberg 1892. — Lewandowsky, Zschr. f. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 2, H. 4. — Neumann, Arch. f. Derm., 1897, Bd. 39, S. 117. — Nonne, Virch. Arch., 1891, Bd. 125, S. 189. — Marx, Zschr. f. Augenhlk., 1908, Bd. 19, S. 528. — Margerin, Thèse de Paris, 1867. — Meschtscherski, Russ. Zschr. f. Derm., S. 1910. — Monzardo, Rif. med., 1905, Nr. 35. — Morris, Proc. Roy. Soc. med., 18. IV. 1912. — Nikiforow, Russ. Zschr. f. Derm., 1910. — Ormsby und Mitchell, Arch. of Derm., 1924, S. 398. — Peret, Thèse de Paris, 1891. — Parounagion, Arch. of Derm., 1924, S. 791. — Porias, Derm. Zbl., 1925, S. 382. — Poncet, Bull. mem. Soc. med., Paris 1909. — Rasumowski, Russ. Zschr. f. Derm., 1913. — Rénon, J. de pratic., 1906. — Ruggles, J. of cut. Dis. Mai 1910. — Sandmann, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 97, S. 345. — Stojanowski, Dermatologie, 1913, Bd. 1. — Simon und Hoche, Compt. rend. Soc. Biol., 1905, T. 2, S. 487. — Soldan, Arch. f. kl. Chir., 1899, Bd. 59. — Sorgo, Virch. Arch., 1902, Bd. 170, S. 399. — Stockler, Inaug.-Diss., Jena 1916. — Sorgo, Zbl. f. inn. M., 1902, S. 647. — Strümpell, Lehrb. d. inn. M. — Takacs, Virch. Arch., 1879. Bd. 75, S. 431. — Teichert, Inaug.-Diss., Leipzig 1903. — Thiemel, Inaug.-Diss., Greifswald 1892. — Tucker, Arch. of Neurol., 1925, Bd. 11, S. 308. — Verocay, Festschr. f. Chiari. Wien-Leipzig 1908. — Versé, M. m. W., 1912, Nr. 21 und 1913, Nr. 31. — Virchow, Virch. Arch., 1847, Bd. 1, S. 201 u. 226. — Wittemann, M. Kl., 1911, Nr. 23.

4. Nicht erreichbare Arbeiten

Abbot und Shattock, Ann. of Surg., Philadelphia 1903. — Adani, Principles of Path. — Antelme, Bull. Soc. med. de l'île Maurice. — Baldauf, Louisville monthly J. m., 1915, S. 179. — Barss, J. Michigan State med. Soc., 1917, S. 113. — Bassoe und Nuzum, J. nerv and Ment Dis., 1915, S. 785. — Bogrow, Russ. J. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1910, H. 11/12. — Charpentier, l'Encephale, 1910. S. 460. — Cestan, Revue neurol., 1903, T. 2. — Clark, M. J., 1917, S. 395. — Courmont und Cadde, Lyon méd., 1908. — Coupland, Transact. clin. Soc., London 1897, Bd. 30, S. 221. — Cruyl, Bull. de la Soc. Belge de Derm., 1907, Année 8, Nr. 3. — Davydow, Medicinskoje Obosrenje, 1909, Nr. 19. — de Haan, Nederland Tijdschr. v. Geneesk., 1912,

Digitized by Google

S. 1492. — Desgouttes, Lyon méd., 1913, Nr. 4. — Deumié und Monéry, Arch. de méd. milit., Paris 1908, S. 177. — Dubois, Rev. med. de la Suisse romande, 1917, Bd. 37, S. 93. — Durante, Revue neurol., 1906, Nr. 18. Revue de Psych. 1907 in Cornil-Ranviers Manuel d'histolog. path. — Feldmann, Moskauer Derm. Ges., 27. I. 1913. — Francini, Acad. di fisiocritici di Siena, 1909. — Gordon, Oslers Modern. med. — Gubermann, Suppl. zu Chirurgia, 1904. — Guinon und Reubsaet, Soc. de Péd. de Paris, 1907, S. 263. — Hallopeau, Soc. franc. Derm., 1905. — Healy, J. Am. m. Ass., 1909, S. 945. — Iniguez, Giorn. ital. delle mal. vener., 1880, S. 171. — Johnson, J. Roy. Army med. Corps, 1906, S. 696. — Kawamura, Jap. path. Ges., 4. IV. 1912. — Laignel-Lavastine, Soc. med. de Paris, 1905. — Lambert und Girard, L'Echo méd. du Nord, 1908, S. 30. — Leclerc, Lyon méd., 1908, S. 1092. — Lion et Gassne, Soc. méd. hôp., Paris 1904. — Malherbe, J. mal. cut., 1901, S. 613. — Meige und Feindel, Nouv. Iconogr. de la Salp., 1903. — Moses, Semaine méd., 1890, S. 450. — Montier, Rev. neurol., 1906, S. 1081. — Oidtmann, Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 1917. — Oppenheim, Nervous Diseases Edinbourgh. — Osler, Am. J. m. sc., 1888, S. 362. — Oyazzabal, Actas dermo-sifiliographicas, 1910, Nr. 4. — Paschkis, K. K. med. Ges., Wien 1905. — Pic und Gauthier, Lyon méd., 1908, S. 1148. — Pic und Rebattu, ebenda, 1908, S. 636. — Pisko, Am. J. m. Derm., Bd. 16, H. 6. — Rabère, J. m. Bordeaux, 1903. — Ravogli, J. of cutan. dis., Februar 1911. — Raymond et Alquier, L'encephale, 1908, Nr. 7. — Renaux, J. de Bruxelles, 1912, Nr. 43. — Rolleston und MacNaughton, Rev. neurol., 1912, S. 1. — Rosenthal, Am. J. of Derm., Bd. 16, H. 11. — Sabrazès und Dubourg, Gaz. hebd., Bordeaux 10. XII. 1911. — Schiffner, Med. Jahrbucher d. österr. Staates, Bd. 4, S. 77; Bd. 6, S. 44. — Smith, A Treatise on Neuroma, Dublin 1849. — Sutherland, Clin. Soc. Trans., 1906, Bd. 39, S. 245. — Thomson, On Neuroma and Neurofibromatosis, Edinbourgh 1900. — Trimble, Brit. J. cut. Dis., April 1910. — Tihoff, Rouskikhiromph. Ark., 1904. — Vallas, Lyon méd., 1899, S. 132. — Zentmayer, Transact. Am. Ophthal. Soc., 1912, Bd. 13, S. 4,

---

Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses in Lemberg (Primarius: Doz. Dr. R. v. Leszczyński)

Eine ungewöhnliche zosteriforme und pemphigoide Blaseneruption

Von

Dr. Oskar Blatt

Mit 2 Abbildungen im Text

Der vorliegende Fall bietet nicht nur wegen seiner morphologischen Eigenschaften, sondern auch wegen seiner Pathogenese interessante Momente dar.

Es handelt sich um ein 14jähr., ziemlich herabgekommenes Bauernmädchen, das man am 17. II. 1926 wegen eines angeblich nicht lange bestehenden Hautleidens ins Spital brachte. Die Kranke gibt an, früher immer gesund gewesen zu sein. Vor ungefähr 2 Monaten bemerkte sie auf der rechten Halsseite eine harte Geschwulst, die von Tag zu Tag an Umfang sichtlich zunahm, ohne ihr irgend welche Beschwerden zu bereiten.

Vor einigen Wochen bemerkte die Kranke — angeblich nach Applikation einer unbekannten Salbe — zunächst am Halse, später am Gesicht und anderen Körperstellen mehrere wasserhelle Blasen, denen ein starkes Jucken voranging. Sonstige anamnestische Einzelheiten ergaben nichts Wesentliches.

Befund am 17. II. 1926: Mittelgroßes, stark abgemagertes Mädchen von entsprechendem Knochenbau. Temperatur 38.1° C, Puls 124, rhythmisch. Haut und sichtbare Schleimhäute auffallend blaß. Lippen, Nasenspitze und Ohren leicht zyanotisch verfärbt. Das Kopfhaar rötlichblond, trocken und spärlich. Im Gesicht reichliche Epheliden.

Digitized by Google

An der rechten Halsseite dicht hinter dem rechten M. sternocleidomastoideus eine apfelgroße Vorwölbung von teigigelastischer Konsistenz. Die Haut darüber leicht verschiebbar, livid verfärbt, gespannt und glänzend, zeigt an der Kuppe eine nadelkopfgroße, eitriges Exsudat sezernierende Fistel. Die Hautsymptome boten folgendes Bild: a) im Gesicht, am Halse, besonders dicht am Brustkorb, außerdem auch an den Ellenbeugen symmetrisch verteilte, braunrote, quaddelartig erhobene Erythenflecke von verschiedener Größe und ziemlich scharfen Konturen; b) mehrere symmetrisch verteilte prallgespannte, vorwiegend runde Blasen von durchwegs serösem Inhalte am Halse, in der Umgebung beider Achselhöhlen und in den Ellenbeugen. Manche von ihnen sitzen unmittelbar den bereits erwähnten Erythemen auf; c) außerdem bemerkte man spärlich zerstreute, oberflächliche, scharf begrenzte Epithelverluste, nach bereits geplatzten Blasen mit randständig erhaltener Epitheldecke; d) endlich ziemlich viele Kratzeffekte, Krusten und Borken.

Abb. 1. Die untere Eruptionsgrenze ist deutlich zu sehen

Die Untersuchung innerer Organe ergab: Über beiden Lungenspitzen, besonders rechts, Schallverkürzung, verlängertes Exspirium mit klein- und mittelblasigen Rasselgeräuschen.

Herz- und Bauchorgane ohne Besonderheiten.

Harnuntersuchung: Eiweiß, Zucker, Diazo negativ. Retention von Chloriden und zwar 3,5‰ (nach Mohr) bei normaler Diurese.

Blutuntersuchung vom 17. II. 1926. Erythrozythen 3700000, Leukozytose 12300, und zwar: Neutrophil. segm.: 77½%, junge 3½%, basophile ½%, stäbchenförmige 1%. Übergangsformen 5%, Lymphozyten 9%, Eosinophile 3½%.

Weiterer Krankheitsverlauf gestaltete sich folgendermaßen:

In der ersten Woche konnte man eine ständig zunehmende Verschlimmerung, sowohl des Allgemeinzustandes der Kranken, wie auch besonders ihres Hautleidens feststellen. Unter dauernd erhöhtem Fieber, das nicht selten 40° C erreichte und einen septischen Charakter aufwies, kam es einerseits zur vollständigen Vereiterung der Drüsengeschwulst am Halse, anderseits zeigte der Prozeß starke Tendenz zur Fortwanderung, sowohl nach vorne, dem Mediastinum zu, wie auch nach hinten, in der Richtung der Halswirbelsäule. Die Hautsymptome nahmen unterdessen an Intensität zu. Die Erythem- und Blaseneruption wurde immer stärker und erreichte am 6. Tage ihren Gipfel. An Stelle der Erytheme sind überall Blasen entsprungen, deren Entstehungsart sowie Anordnung in unserem Falle vom Hauptinteresse sind und deshalb besondere Aufmerksamkeit erheischen. Die an Größe variierenden, gut erhaltenen Blasen mit überwiegend serösem Inhalt, der jedoch einer raschen Trübung anheimfällt, bedeckten genau symmetrische Körperregionen am Kopf, Hals, Rumpf und oberen Extremitäten. Stärker noch als die ungewöhnlich symmetrische Anordnung der Blasen ist ihre streng metamerische Gruppierung entsprechend den diese Hautregionen versorgenden Rückenmarksabschnitten bzw. Spinalganglien zu betonen. Die Grenze der Nervengebiete war genau eingehalten. die Blaseneruption, welche den Brustkorb panzerartig umschloß, endete oberhalb des Nabels mit einer scharf ge-

Digitized by Google

zogenen Horizontalen. Als einzige Ausnahme sind vereinzelte Blasen am Nabel zu nennen.

Am 24. II. 1926 wurde wegen dringender Indikation der Drüsenabszeß geöffnet und gereinigt. Der operative Eingriff brachte bereits nach 24 Stunden eine günstige Wendung im Krankheitsbilde, die sich im allmählichen Abflauen des Fiebers, Besserung des stark mitgenommenen Allgemeinzustandes sowie im systematischen Rückgang aller Erscheinungen geltend machte. Der Abszeß am Halse heilte binnen kurzem, die Heilung wurde durch Röntgenbestrahlung unterstützt. Hand in Hand mit dieser Remission besserte sich auch der Hautzustand. Die Eruption stand seit dem 24. II. 1926 still, was ihren durchaus akuten Charakter noch stärker betonte. Einzelne Blasen platzten und exfoliierten; die dadurch entstandenen Epithelverluste bedekten sich rasch, so daß gegen Ende der 4. Woche (13. III. 1926) sämtliche Hautveränderungen sich bereits rückgebildet haben. Es waren nur noch braune Pigmentationen und vereinzelte Borken und Krusten zu sehen. Die eigentliche Hautbehandlung, die auf den chirurgischen Eingriff folgte, bestand in täglich verabreichten Teerstärkebädern, intravenösen Infusionen von 40%iger Urotropinlösung je 10 ccm jeden zweiten bis dritten Tag und dreimaliger Darreichung pro die einer Kombination von Chinin und Diuretin in sonst üblicher Dosis (Pemphigusbehandlung nach Leszczyński).

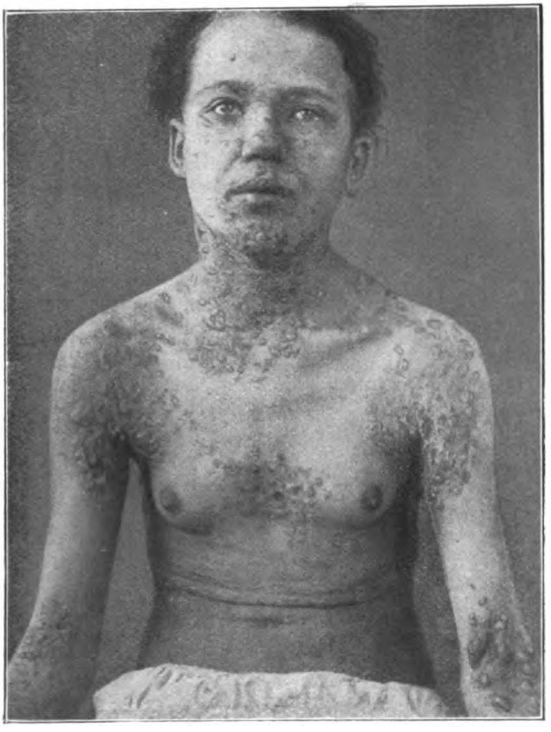


Abb. 2. Man beachte die symmetrische und metamerische Verteilung

Die am 14. III. 1926 erzielte vollständige Involution der Hautsymptome blieb die ganze Zeit ungestört, ausgenommen einige verspätete Bläschen im Gesicht und am rechten Oberarme, die sich am 22. III. 1926 zeigten.

Die Entstehungs- und Entwicklungsart des Hautleidens, besonders aber der eigenartige symmetrisch-metamerische Anordnungstypus, brachte die Annahme einer spinalen Pathogenese nahe. Die am 27. II. 1926 vorgenommene neurologische Untersuchung ergab keine Abnormitäten. Es bestand nur beiderseitiger Nystagmus und schwächere Innervation des rechten Fazialis. Von anderen ergänzenden Untersuchungen fielen Augengrunduntersuchung, der Ohrenbefund und die bakteriologische Blutaussaat negativ aus. In die letzte Beobachtungswoche gehört noch eine Komplikation in Form einer akuten Nierenbeckenentzündung (Metastase?), die mit hohem Fieber verlief und nach einigen Tagen verschwand. Sobald die Hauterscheinungen geheilt waren (29. III. 1926), verließ die Kranke auf eigenes Verlangen die Abteilung und erschien bis heute nicht wieder!

Wir sahen in unserem Falle, daß es im Anschluß an einen akuteitrigen Drüsenprozeß am Halse — in unmittelbarer Nähe der Halswirbelsäule — zum Ausbruch von Hauterscheinungen kam, die vorerst als urtikarielle Erytheme imponierten, rasch jedoch von einer Blaseneruption gefolgt

Digitized by Google

waren. Die letzte zeigte eine streng symmetrische Gruppierung und streng metamerische Anordnung. Auf Grund dieser beiden höchst charakteristischen Merkmale sind wir zur Annahme geneigt, daß hier die Hautveränderungen durch irgendeine entzündliche Alteration entsprechender Rückenmarksabschnitte bzw. Spinalganglien (C2—C7, D2 bis D8) hervorgerufen wurden.

Dafür sprechen auch andere wichtige Momente. Auffallend war nicht nur die unmittelbare Nähe des Drüsenabszesses und der Halswirbelsäule, sondern auch seine starke Tendenz zum Deszendieren. Nicht zu übersehen ist endlich der parallele Verlauf beider Prozesse; ihre miteinander Schritt haltende Stärke und gleichzeitiges Abklingen.

Morphologisch entsprach unser Fall einerseits dem Bilde eines akuten Pemphigus, andererseits brachte ihn seine markante metamerische Anordnung einer Zostereruption nahe. Seine symmetrisch-metamerische Entwicklung deutete endlich auf eine Läsion des Zentralnervensystems hin. Es kann deshalb unser Fall als Beitrag und Beweis für die Abhängigkeit systematisierter Blaseneruptionen vom Zentralnervensystem gelten.

Zur längst bekannten und experimentell nachgewiesenen Tatsache gehört die neurogene Pathogenese des Zoster, dieser durch entzündliche Vorgänge in den Spinalganglien hervorgerufenen par excellence metamerischen Blasendermatose. Auch sind mehrfach Blaseneruptionen im Verlaufe entzündlicher und degenerativer Veränderungen im Zentralnervensystem beschrieben worden. Milian und Lelong schilderten einen klassischen Fall von Syringomyelie mit symmetrisch lokalisierten Blasen auf den Extremitäten und schreiben diese Erscheinung einer Störung in den sympathischen Zentren der grauen Rückenmarkssubstanz zu.

Ähnlichen Fall mit einer Blaseneruption am Rumpfe bei einem 27jährigen, mit Syringomyelie behafteten Kranken, demonstrierte Mehlman am 14. VI. 1923 auf der Sitzung der Lemberger Dermatologischen Gesellschaft. Das Hautleiden sollte 7 Jahre dauern und in Schüben auftreten.

Balmer sah Blaseneruption im Verlaufe progressiver Muskelatrophie, Dejerine bei einem Kranken mit Sclerosis lateralis amyotrophica, Chwostek endlich bei Myelitis acuta.

Von Gehirnaffektionen sind Paralysis progr.-Fälle mit Blaseneruption zu nennen (Fischer, Zahn, Kreibich), Fälle von Encephalitis epidemica (Schlesinger).

Nicht nur entzündliche Gehirnschädigungen äußern sich in Hauterscheinungen. Interessant ist der Fall von Fischer und Adler, wo bei einem Kranken nach vorgenommener Exstirpation eines Akustikustumors Blasen an beiden Füßen aufsprangen. Ähnlichen Fall beschrieben Schlesinger und Brissaud: Bei einem Kranken mit neoplasmatischen Metastasen im Gehirn und Rückenmark traten verschieden große Blasen im Gebiete der gelähmten Körperhälfte auf. In der Mehrzahl angeführter Fälle sollen Störungen in übergeordneten vegetativen Zentren und Bahnen die Ursache der Hautreaktionen bilden.

Hierher gehört auch der Fall von Lechowska aus unserer Abteilung, wo bei einer Kranken, die wegen Lichen ruber planus einer Röntgenbestrahlung des Dorsalabschnittes des Rückenmarks nach Pautrier unter-

Digitized by Google

zogen wurde, nach zweimaliger Bestrahlung am Brustkorb wasserhelle Blasen aufsprangen.

Während nun der Zusammenhang angeführter Blaseneruptionen mit dem Zentralnervensystem längst bekannt ist, beginnt die neurogene Theorie des Pemphigus erst in den letzten Jahren festen Boden zu fassen und stützt sich in erster Linie auf die immer zahlreicher veröffentlichten anatomischen Befunde.

Wir finden die meisten in der Arbeit von Buschke und Ollendorf gesammelt. Sehr überzeugend ist z. B. der Fall von George M. Covey: Bei einem Pemphiguskranken, der vor dem Tode das Bild einer metamerischen Blaseneruption zeigte, fand der Verfasser im Bereiche des Rückenmarks, und zwar subpial, in den Hinterhörnern und in den Strängen von Goll und Burdach runde Körper von weißlichgrauer Farbe und homogener Konsistenz, die an Psammomata erinnerten. Ihre Lokalisation im Rückenmark entsprach genau den von diesen Rückenmarksabschnitten besorgten Hautregionen.

Auf Grund der oben angeführten Tatsachen muß die pathogenische Abhängigkeit mancher Blaseneruptionen (insbesondere des Zoster und Pemphigus) vom Zentralnervensystem unzweideutig bejaht werden.

Wenn wir nun zu unserem Falle zurückkehren, so müssen wir ihn auf Grund seiner morphologischen Ähnlichkeit sowohl mit dem Zoster als auch mit dem akuten Pemphigus für ein morphologisches „fait de passage" halten, als ein Bindeglied zwischen diesen beiden Dermatosen ansehen.

Da nun der zentrale Ursprung dieser Blaseneruption unbestreitbar zu sein scheint, wäre dieser Fall im Sinne der zentralen Genese nicht nur des Herpes zoster, sondern auch des Pemphigus zu verwerten.

Literatur

1. Adler, Edm., Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 1. — 2. Bockholt, Arch. f. Derm., Bd. 142, S. 87. — 3. Buschke u. Ollendorf, Derm. W., 1925, Nr. 44. — 4. Cowey, George W., Arch. of Derm., 1924, Nr. 3. — 5. Fischer, Bruno, Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 1. — 6. Gawalowsky, Brit. J. of Derm. — 7. Kaposi, Verhdl. d. Kongr., Arch. of Derm., 1925, Bd. 34, S. 102. — 8. Kartamischew, Verhdl. d. Derm. Ges. i. Tschech., Zbl. f. Derm., 1924, Bd. 16, H. 1—2. — 9. Kreibich, Arch. f. Derm., Bd. 92, S. 425. — 10. Lechowska, Zbl. f. Derm., Bd. 16, S. 525. — 11. Leszczynski R., Derm. W., 1925, S. 81. — 12. Milian u. Lelong, Bull. de la soc. franç. de derm., 1922, S. 142. — 13. Pautrier, Zbl. f. Derm., 1925, Bd. 18, H. 1—2. — 14. Pernet u. Bullock, Brit. J. of Derm., Ref. Arch. f. Derm., Bd. 48, S. 459. — 15. Schalek, Zbl. f. Derm., 1925, Bd. 17, H. 5—6. — 16. Schlesinger, Herm., D. m. W., 1907, Nr. 27. — 17. Dotto, W. m. W., 1924, Nr. 31. — 18. Schreiner, Derm. W., 1925, Nr. 43. — 19. Schulz, Arch. f. Derm., Bd. 93, S. 417. — 20. Strickler, Brown, Zbl. f. Derm., 1925, Bd. 18, H. 7—8. — 21. Strümpke, Gustav, M. Kl., 1923, Nr. 30. — 22. Urbach, Zbl. f. Derm., 1924, H. 7. — 23. Westberg, Verhdl. d. Kongr., Arch. f. Derm., 1925, Bd. 34, S. 102. — 24. Wolf, Zbl. f. Derm., 1925, Bd. 17, H. 5—6.

Digitized by Google

Über Versuche, die gesunkene Vitalität alternder Oberhaut zu heben

Von

Dr. Josef F. Kapp in New York

Über die Vorgänge, welche sich in der alternden Oberhaut abspielen, ist wenig bekannt. Eigene Untersuchungen haben ergeben: 1. daß die Mitosenbildung mit zunehmendem Alter wesentlich sinkt und oft völlig zum Stillstand kommt; 2. daß die Papillen flacher werden; 3. daß die Gesamtdicke der Epidermis abnimmt, hauptsächlich bedingt durch einen Schwund der Stachelschicht; 4. daß viele Epithelzellen kleiner werden, manchmal unregelmäßige Formen und blasige Schwellung aufweisen; 5. daß ihr Ektoplasma manchmal an Breite zunimmt; 6. daß alternde Epithelzellen verhältnismäßig häufiger Pigmenteinschlüsse aufweisen, wie solche, welche aus Haut junger Individuen entnommen sind; 7. daß die Verhornung der oberen Epithelschichten unregelmäßigen Charakter aufweist; 8. daß ein fortschreitender Eintrocknungsprozeß die ganze Oberhaut ergreift.

Ergänzend will ich hier hinzufügen, daß die markantesten Alterserscheinungen in der Subkutis und im subkutanen Fettgewebe mir folgende zu sein scheinen: 1. Verminderung der Zahl der Kapillaren, daher verminderte Blutfülle (Kühle der Greisenhaut); 2. Schwund elastischer und kollagener Fasern; 3. Atrophie von Fettgewebe; 4. Verdickung und oft beträchtliche Vermehrung der gewöhnlichen Bindegewebsfasern.

Bei der Suche nach einem Mittel, welches die Alterserscheinungen der Epidermis zu hemmen vermöchte, fand ich in E. Metschnikoffs „Die Natur des Menschen" einige schon halb in Vergessenheit geratene Gedanken, die mir vielversprechend erschienen, obwohl manches schon überholt ist. Hier sagt er u. a. (übersetzt von dem englischen Herausgeber): „Alle Sera werden in der gleichen Weise hergestellt. Die in Frage kommenden Zellelemente, Spermatozoen oder rote Blutkörperchen, Leber- oder Nierenzellen, werden einem Tier entnommen und einem Tiere einer anderen Spezies eingespritzt. Nachdem mehrere Injektionen gemacht worden, wird das Serum des behandelten Tieres aktiv hinsichtlich der Zellen, die in seinen Körper eingebracht wurden. — Diese Sera sind spezifisch zytotoxischer Natur, d. h. sie vergiften bestimmte Zellarten. — Es konnte nun gezeigt werden, daß solche Sera, wenn in kleinen Dosen gegeben, weder spezifische Gewebselemente töten noch sie auflösen, sondern sie vielmehr tatsächlich kräftigen." Siehe „Annales de l'Institut Pasteur", Bd. 14, S. 360ff.

Ferner zitiere ich Naunyn, „Lehrbuch der Greisenkrankheiten" von J. Schwalbe, 1909, S. 53: „Danach könnte es wohl gelingen, das krankhafte Greisentum zu bekämpfen, wenn es gelänge, jene edleren Elemente des Organismus zu kräftigen und die aggressive Tendenz der Phagozyten zu schwächen. — Die Aufgabe ist erleichtert durch die Entdeckung der

Digitized by Google

Sera, welche auf diese Elemente wirken. Diese zytotoxischen Sera haben (nach BELONOWSKI) in kleinen Dosen die Eigenschaft, die spezifischen Elemente der Gewebe, anstatt sie zu töten oder aufzulösen, zu kräftigen."

Bei meinen Versuchen, ein zytotoxisches Serum zu gewinnen, welches imstande wäre, in alternder Epidermis den Verfallserscheinungen entgegenzuwirken und frischen Zellaufbau zu stimulieren, war es mir von vornherein klar, daß die Hauptschwierigkeit in der Determinierung der Dosis pro Kilo Tier liegen mußte. Denn da als Ausgangsmaterial nur der Epithelsaft junger gesunder Tiere in Frage kam, war zu erwarten, daß ein Antikörper, hervorgerufen durch solchen Zellsaft, zytotoxisch auf alternde Epithelien wirken müsse. Ob und bei welcher optimalen Dose diese toxische Wirkung eliminiert und in eine stimulierende umgewandelt werden könne, konnte nur der Versuch ergeben.

Ich begann meine Versuche 1911, und seitdem arbeitete ich, oft natürlich lange unterbrochen, in großen Versuchsreihen an dem Problem und glaube nunmehr ganz positive Resultate erzielt zu haben. Ich glaube beweisen zu können, daß Epithelsaft, wenn in Kaninchen injiziert, im Blutserum der letzteren einen Immunkörper erzeugt, welcher in größeren Mengen appliziert, zytotoxisch auf Epithelgewebe der gleichen Spezies wirkt, während minimale Dosen gerade im Gegenteil stimulierend wirken und z. B. die Mitosenbildung enorm anregen.

Als Ausgangstiere nahm ich erst Mäuse, später Katzen, Hunde, Meerschweinchen, Lämmer, Pferde, Kälber und Schweine, von denen etwa je 20 qcm Haut enthaart und extrahiert wurden. Damit immunisierte ich dann Kaninchen durch subkutane und intravenöse Injektion (randständige Ohrvene) von täglich 0,5 ccm. Im allgemeinen wurden die Injektionen ausgezeichnet vertragen, nur etwa 1% der Versuchstiere starben, ohne daß die Sektion Anhaltspunkte ergeben hätte (Anaphylaxie?). Das immunisierte Blut wurde durch Herzstich entnommen, zentrifugiert und das gewonnene Serum als solches zu Versuchszwecken verwendet.

Meine Experimente erstreckten sich 1. auf die üblichen serologischen Versuchsreihen mit Kontrollen, wie Hämolyse, Komplement, Intrakutanreaktion, Konjunktivalreaktion, 2. auf histologisch nachweisbare Änderungen im Epithelgewebe. Prinzipiell wurden die Versuche unternommen an Tieren der gleichen Spezies wie auch mindestens einer artungleichen; in späteren Stadien der Versuchsfolge erstreckten sie sich auch auf den Menschen.

Zahlreiche serologische Versuchsreihen ergaben eindeutige Resultate nur hinsichtlich der Kutanreaktion bei intrakutaner Injektion. Der Prozentsatz der positiven eindeutigen Resultate schwankte hier zwischen 69 und 77%. Am konstantesten waren positive Resultate bei Injektion von Jungschweineepithel-Kaninchenserum auf Altschweine und alternde Menschen. Im ersteren Falle zählte ich 77%, im letzteren 73% einwandfrei positive Resultate.

Anders waren die Ergebnisse vom histologischen Standpunkt aus. Bei täglicher Subkutaninjektion von 0,5 ccm Meerschweinchenepithel-Kaninchenserum in alte Meerschweinchen war eine Einwirkung nicht wahrzunehmen. Erst nach lange fortgesetzter Injektion — etwa von der 50. Einspritzung ab — flachte sich die Epidermis merkbar ab, es traten

Digitized by Google

in manchen Zellen glasige Auftreibungen auf, in anderen wiederum erschienen die Kerne krümelig und verwaschen. In einem Fall beobachtete ich blutigen Urin, die Sektion ergab degenerative Zeichen im Blasenepithel.

Allmählich verminderte ich die Dosis auf 0,001 ccm Serum täglich und sogar weniger. Hierbei fiel es auf, daß allmählich eine Proliferation der Epithelzellen deutlich wurde, degenerative Symptome verschwanden und die Gesamtdicke der Epidermis zunahm. Besonders deutlich ließ sich eine Zunahme der Mitosen gerade am Menschen feststellen, wo immer Gelegenheit gegeben war, durch Probeexzision Material zu gewinnen. Bekanntlich erlischt die Mitosenbildung bei alternden Menschen oft gänzlich, worin ich einen Hauptfaktor des geschrumpften und trockenen Aussehens solcher Haut erblicke. Nach mehrwöchentlicher Injektion von Jungschweineepithel-Kaninchenserum (0,05 ccm täglich) in alte Menschen mit typischer Altershaut konnte ich oft 3—5 Mitosen in einem Gesichtsfeld sehen. Dasselbe sah ich in der Haut alternder Schweine, in welcher die Mitosenzunahme oft 300% betrug. Außerdem wurde die Haut in vivo, sowohl im Menschen als in dekrepiden Tieren, ganz merklich praller und es war schwerer sie in Falten aufzuheben. Manche mikroskopische Schnitte zeigten eine starke Zunahme in der Dicke der Oberhaut.

Noch viel auffälliger waren die Resultate makroskopischer Natur in alter Menschenhaut. Hier benutzte ich nach zahlreichen wenig erfolgreichen Versuchen mit Meerschweinchen-, Katzen-, Kälber- und Pferdeepithel-Kaninchenserum ausschließlich Jungschweineepithelserum, gewonnen durch Immunisierung von Kaninchen. Es zeigte sich, daß kleine Dosen, etwa 0,05 ccm täglich mittelschweren Greisen (60 - 65 kg Körpergewicht) subkutan einverleibt, nach 4—6 Wochen die Haut fester, straffer und praller machten. In vielen Fällen konnten Falten im Gesicht, wie Krähenfüße, völlig zum Verschwinden gebracht werden. Die Farbe der Haut wird stets reiner, das Alterspigment verschwindet oft ganz, und in den seltenen Fällen, wo ich aus anderen Gründen eine Probeexzision machen konnte, war stets eine überraschende Anzahl von Mitosen zu sehen. Diese Erfolge wurden noch deutlicher, wenn ich das Präparat in Verbindung mit Silikaten gab, wie auch die Zufügung von Sexual-Hormonpräparaten eine Verstärkung der Wirkung hervorrief. Eine solche Kombination, die ich „Novipithel" nenne, wird neuerdings fabrikmäßig hergestellt und ist in Form von Subkutaninjektionen und keratinierten Tabletten erhältlich[1]). Beide Präparate haben sich in hundertfacher Anwendung als durchaus erfolgreich und selbst bei längstem Gebrauch als völlig harmlos und ungefährlich erwiesen.

Meines Wissens ist Novipithel das z. Z. einzige Mittel, welches bei innerer Darreichung einen deutlichen Einfluß auf die Haut ausübt. Es verjüngt alternde Haut und tritt somit in wirksame Konkurrenz zu allen Verjüngungsmethoden hormonaler Natur. Wenn es naturgemäß auch eine allgemeine Verjüngung nicht bewirken kann, so bekämpft es doch in allerwirksamster Weise und allen anderen Methoden weit überlegen das hervorstechendste Alterssymptom: den Verfall der Haut. Als solches

[1]) Hersteller: Chemische Fabrik Dr. Laboschin Act.-Ges., Berlin NW. 21.

Digitized by Google

dürfte es berufen sein, viele der mehr oder minder nutzlosen äußeren Kosmetika überflüssig zu machen. Es kann mit Sicherheit vorausgesagt werden, daß Novipithel, als erstes erfolgreiches biologisches Mittel zur Verjüngung der Haut, die gegenwärtigen Gewohnheiten von Männern und Frauen, besonders letzteren, hinsichtlich der Behandlung des Gesichts, revolutionieren wird. In Anbetracht, daß Novipithel die Defekte der Gesichtshaut an ihrer inneren physiologischen Wurzel angreift, anstatt, wie alle früheren und gegenwärtigen Mittel tun, diese Defekte nur äußerlich zu verdecken, darf eine solche Prophezeiung mit Sicherheit gewagt werden. Wenn man bedenkt, welch intensives Interesse an der Haut- und Gesichtspflege, besonders der Frau, überall besteht — die Fabrikation sogenannter kosmetischer Mittel ist eine der größten Weltindustrien —, so darf man wohl annehmen, daß Novipithel einer sofortigen Aufnahme sicher sein darf.

Außer für diesen spezifischen Zweck hat Novipithel auch bestimmt eine Zukunft in der Dermatologie. Ich gab es in mehreren Fällen von nässenden Ekzemen und fand meist eine rasche Überhäutung und Austrocknung. Doch glaube ich nicht, daß hier das einzige Indikationsgebiet liegt. Versprechend scheint mir z. B. ein Versuch bei juckenden Dermatosen, der crux alter Leute, zu sein. Nach Operationen schien mir unter Gebrauch von Novipithel die Überhäutung rascher und glatter vor sich zu gehen, besonders war ich unter diesem Eindruck nach operativen Eingriffen in der Nacken- und Sternalgegend, wo bekanntlich so häufig Keloide entstehen, wogegen bei Novipithelgebrauch eine glatte, weiche Narbe entstand. Doch sind meine Erfahrungen auf diesem Gebiete zu gering und bedürfen noch weiterer Nachprüfung.

Novipithel scheint mir aber auch dazu angetan, die ganze Frage der Zytotoxine und -lysine erneut ins Rollen zu bringen. Jedenfalls wäre es eine Genugtuung für mich, wenn diese Zeilen dazu beitragen möchten, die Zytotoxinfrage wieder erneut in den Mittelpunkt serologischer Interessen gerückt zu haben.

Von Katheter und Bougie bis zur Wende des 19. Jahrhunderts

Von

Prof. Dr. W. v. Brunn in Rostock

Die wichtigsten Ursachen von Miktionsstörungen, Strikturen, Prostatahypertrophie und Steinleiden sind, soweit wir anzunehmen das Recht haben, schon in frühesten Zeiten vorhanden gewesen — und doch erfahren wir erst relativ spät von Mitteln zu ihrer Abhilfe. Das beweist aber sicher nicht etwa, daß solche Hilfsmittel nicht schon früh bekannt gewesen wären —, nur fehlt uns davon die Kenntnis. Es liegt so sehr nahe, anzunehmen, daß schon der primitive Mensch, wenn die regelmäßige Harnentleerung stockte, versucht haben wird, den ihm genugsam bekannten Weg rückwärts zu verfolgen, um das lästige Hindernis zu beseitigen!

Indessen wird uns, soweit unsere bisherige Kenntnis reicht, aus vorhippokratischer Zeit gar nichts über Katheter oder Bougie berichtet! Möglich, daß der Papyrus Edwin Smith aus der Zeit vor 1600 v. Chr. uns hier wichtige Kunde gegeben hätte, wenn er nicht ein Bruchstück wäre, das bei der Darstellung a capite ad calces beim Thorax abschneidet.

Digitized by Google

Die früheste Kunde wird uns über den Katheter in den Hippokratischen Schriften des 6. Jahrhunderts v. Chr. bereits unter dem heute gebräuchlichen Namen; doch versteht H. darunter Instrumente zur Behandlung der Blase wie anderer natürlicher oder künstlicher Körperhöhlen, aus denen man damit Flüssigkeiten entleert oder in welche man medikamentöse Flüssigkeiten einführt. Der Katheter ist aus Metall gefertigt; über seine Gestalt wird nichts Näheres berichtet; wir dürfen annehmen, daß es der am Ende einfach gekrümmte Katheter gewesen ist, wie ihn die Ausgrabungen jener Zeit zutage gefördert haben, wenn es auch offen bleibt, ob gerade diese Stücke für die Harnröhre bestimmt gewesen sind. Die Erfindung des S-förmigen Katheters wird dem Erasistratos (3. Jahrhundert v. Chr.) zugeschrieben. Alle unbeschädigt auf uns gekommenen männlichen Katheter der Antike haben, wie SUDHOFF betont, ein massives geschlossenes Ende und ein seitliches Auge an der konvexen Seite; alle weiblichen Katheter haben einerseits ein seitliches weites Auge (im Gegensatz zu den Angaben der Literatur) und zugleich eine endständige Öffnung; vielleicht dienten diese mehr einer lokalen Ätztherapie als der Blasenentleerung.

Einen erheblichen Schritt vorwärts tat Heliodor, der zur Zeit Trajans, zu Beginn des 2. Jahrhunderts n. Chr., gelebt hat: er machte sich Gedanken über die Ursachen der Harnverhaltung; bereits Hippokrates hatte von φύματα gesprochen, die den Ausfluß hervorrufen sollten; Heliodor führte auf sie die Störungen der Harnentleerung zurück und versuchte, sie zu beseitigen. Er empfiehlt, mit langem geradem Stilet zunächst diese Wucherungen auszuschneiden dadurch, daß man das Messerchen im Kreise herumführt und die losgetrennten Gewebsmassen herausdrückt; um die Öffnung weit zu halten, soll man ein Bougie einführen, das aus einem feinen Röhrchen von Bronze oder Zinn oder aber aus einer Federpose besteht, um welche Papier in folgender Weise herumgewickelt ist: in gut durchfeuchtetem gequollenem Zustande wird es fest um das Röhrchen herumgelegt, man läßt das Ganze vollständig hart trocknen und führt es ein; es bleibt 2 Tage liegen, während man die Harnröhre von außen kühlt; am 3. Tage ersetzt man es durch ein neues gleiches Bougie und vom 4. Tage an durch ein Röhrchen von Blei oder Zinn: also blutige Urethrotomie mit folgender Behandlung durch Quellbougie.

Die „Karunkeln" der Harnröhre als Ursache der Verengerungen haben nun bis ins 18. Jahrhundert Anerkennung gefunden, wenn auch im 17. Jahrhundert die Kritik einzusetzen begann. MORGAGNI spricht 1761 von den „Cicatrices" und „Coarotationes".

Die Römer haben nichts grundleglich Neues geschaffen: Celsus gibt um Christi Geburt eine vorzügliche Beschreibung der Technik des Katheterisierens und der dazu benötigten Instrumente; diese sind sämtlich, entsprechend dieser Beschreibung, in Pompeji aufgefunden worden.

Etwa zur gleichen Zeit wie Heliodor haben die Inder Katheter aus Holz oder auch aus Lack in Benutzung, wie Suśruta und spätere Autoren vermerkten; die aus der Übertragung von WISE (s. GURLT, Bd. 1, S. 60) zu entnehmende Angabe, die Inder hätten „gumelastic" Katheter verwendet, beruht, wie Herr Kollege MÜLLER-Liegnitz, dem ich für freundliche Hinweise zu Dank verpflichtet bin, mir mitteilte, auf einem Übersetzungsfehler. Aber eins haben die Inder zweifelsohne bereits besessen: die Dehnsondenbehandlung der Harnröhre; an jedem 3. Tag soll man Katheter stärkeren Kalibers einführen, um die Urethra zu erweitern! Diese Kenntnisse scheinen aber spurlos verschwunden zu sein.

Biegsame Katheter tauchen erst wieder bei den Arabern auf: ibn Sinâ hat solche aus tierischer Haut erfunden, aus Leder von wilden oder von Seetieren; behufs größerer Haltbarkeit und Steifheit hat man sie mit Bleisalbe, Bleiweiß oder Bocksblut überzogen; das Ende müsse undurchbohrt und hart sein, die Öffnungen an der Seite; beim Katheterismus sei größte Vorsicht am Platze, darum rate er, diese biegsamen Instrumente statt derer von Metall zu verwenden.

Die vorher von Paulos von Aigina im 7. Jahrhundert n. Chr. in der Trippertherapie benutzten Bougies enthielten medikamentöse Substanzen und dienten nicht etwa der Dehnungsbehandlung.

Im ganzen Mittelalter hat sich nun nichts Wesentliches nach dieser Richtung hin geändert, insbesondere blieb die Kenntnis der Inder von der Dehnsondenbehandlung verschollen.

Den nächsten Schritt tut zu Anfang des 15. Jahrhunderts GUAINER (ANTONIO

Digitized by Google

Guaineri), 1412 nachweislich Professor in Pavia, gestorben in Padua 1440; im 15. Kapitel seines „Tractatus de calculosa passione", der in 1. Ausgabe 1481, in der mir vorliegenden 2. Ausgabe 1488 erschien, sagt er, daß man bei Harnverhaltung durch einen Stein in der Harnröhre, falls andere Mittel nicht zum Ziele führen, mit einer feinen Kerze aus Wachs oder Zinn oder Silber in die Harnröhre eingehen solle („Quod si hoc iterum non contulerit foramini virge candelam subtilem ceream uel uirgulam stagneam aut argenteam inmitte"). Dies würde an sich für unsere Betrachtung wenig zu sagen haben, wenn man nicht in Betracht zieht, daß man damals weder von der Prostatahypertrophie noch von der Striktur als Miktionshindernis Kenntnis besaß; man kannte ja nur die „Karunkeln" oder „Karnositäten" und war im übrigen schnell bereit, „Steine" als Miktionshindernisse zu diagnostizieren; die ganz außerordentliche Häufigkeit der Steindiagnose ist nur dadurch zu erklären, daß man die Unkenntnis der übrigen Ursachen in Betracht zieht. Berücksichtigt man aber dies wichtige Moment, so muß man zu der Annahme gelangen, daß die bei Guainer erwähnte Bougiebehandlung auch den übrigen Zuständen, welche Harnverhaltung hervorzurufen geeignet sind, zugute gekommen sein muß.

Zum Beweise dafür, wie leicht diagnostische Irrtümer noch im vorigen Jahrhunderte vorkamen, diene die Mitteilung Esmarchs im 8. Bande von Rohlfs Archiv: Als E. 1852 bei Caudmont in Paris urologischen Privatkurs hatte, sagte dieser, der alte Roux, der damals noch lebte, habe in seiner Klinik wiederholt ausgesprochen, man müsse, wenn man einen Steinschnitt ausführen wolle, stets einen Stein in der Tasche haben, weil es passieren könne, daß man in der Blase gar keinen Stein finde; ihm sei das wiederholt begegnet, weil er eine Kontraktur des Blasenhalses mit Blasenstein verwechselt habe. Die Beschwerden des Kranken seien allerdings glücklicherweise nach der Operation immer verschwunden gewesen.

Guainers Landsmann Arculanus (Giovanni d'Arcole), gestorben 1458, kennt bereits die reflektorische bzw. spastische Harnverhaltung und bedient sich der Sonden aus Papier, Holz und Leder; die von ihm empfohlenen Spritzen zur Behandlung von Blasenleiden sind allerdings nichts Neues, wir begegnen ihnen bereits bei Celsus und Galen.

Mit dem 16. Jahrhundert nun beginnt nach jahrhundertelanger Vergessenheit die Wiederauffindung der eigentlichen Bougie — oder, wie Lejeune zu sagen empfiehlt, „Dehnsondenbehandlung" im heutigen Sinne.

Ihre Anfänge haben wir bei Heliodor und Guainer bereits kennen gelernt, nachdem dasselbe Verfahren für die weiblichen Genitalien bereits von den Hippokratikern ausgearbeitet und später von Arnald von Villanova erneut empfohlen worden war. Es brauchte nur auf die Urethra übertragen zu werden! — Wer hat sie nun ausgebildet?

Lejeune machte davon Mitteilung, daß Francisco Diaz in seiner klassischen Schrift von 1588 dies Verdienst dem „Meister Philipp" zuschreibt, einem aus Lissabon stammenden Praktiker, der in Europa herumzog und viel Geld mit seinen Kuren verdient hat. Die erste wissenschaftliche Veröffentlichung der Methode auf Grund eigener Erfahrungen stammt von Andrés à Laguna 1551 („Methodus cognoscendi, extrahendique in vesicae collo carunculas"). Der Hinweis des Amatus Lusitanus auf den Spanier Alderete tritt dem gegenüber in den Hintergrund.

Ein Jahr nach dem Erscheinen des Buches von Laguna, 1552, ist nun ein Werk des bekannten italischen Chirurgen Alfonso Ferri erschienen („De caroncula sive callo quae cervici vesicae innascitur"), in dem dieser Meister zunächst 14 verschiedene Ursachen der Entstehung der Karunkeln unterscheidet und die durch Tripper hervorgerufene gesondert nennt. Er bediente sich der Federposen, die mit Süßmandelöl eingesalbt wurden, der Wachsbougies in 20 verschiedenen Stärken, um allmählich die Verengerungen zu weiten, auch der Sonden von Metall, aus Blei, von Silber und Gold, gelegentlich nahm er auch die Stengel von Malven, Petersilie und Fenchel zu Hilfe. Er übte auch gelegentlich die blutige Erweiterung der Verengerungen von innen her. Stets bemühte er sich, ätzende Medikamente zugleich an den Ort des Leidens heranzubringen. Seine Lehren hat der Spanier Cristoforo de Vega angenommen, dessen Buch ebenfalls schon 1552 erschienen ist.

Wenn also auch der Spanier Laguna dem Italiener Ferri mit seiner Publikation um ein weniges zuvorgekommen ist, so dürfte es damit noch nicht ausgemacht sein, ob das Verdienst um diese Neuausbildung der Methode den Spaniern

Digitized by Google

zukommt oder den Italienern, die auch auf anderen Gebieten der Chirurgie und Medizin überhaupt in jener Zeit die Führung inne gehabt haben. Dafür spricht auch der Umstand, daß GUAINER 100 Jahre vorher schon tüchtige Vorarbeit hier geleistet hat. — Den Indern aber kann man den Ruhm, zuerst dies Verfahren erdacht und ausgebildet zu haben, nicht nehmen.

Zweifel an der Natur der „Carunculae" äußerte der Freund und Meister des großen PARÉ, THIÉRY DE HÉRY, zu Anfang des 16. Jahrhunderts. PARÉ selber hat um diesen Zweig der ärztlichen Kunst kein wesentliches Verdienst. Das beliebteste Mittel zur Heilung dieses Leidens war bereits damals „Argent vif" = Quecksilber.

FABRICIUS AB AQUAPENDENTE gibt 1592 seine Ansicht dahin kund, daß alle „Karnositäten" weiter nichts seien als Strikturen der Harnröhre! (Von der Prostatahypertrophie ahnte man noch nichts.) Um die gefürchtete Katheterbehandlung möglichst milde zu gestalten, hat er allerlei Hilfsmittel ersonnen, z. B. beinerne Katheter; so spricht er von einem Katheter aus Leinwand, mit Wachs überstrichen, geformt über silberner Sonde; diese zog man nach der Einführung zurück und ließ die Umhüllung liegen, deren Wachsüberzug sich schnell auflöste. Einige Jahre später ersetzte VAN HELMONT die Leinwand durch Gemshaut, die er mit Bleiweiß und Leinöl bestrich; das Instrument führte er mittels Fischbein-Mandrins ein und konnte auf diese Weise, wie er hervorhebt, einen Patienten 40mal an einem Tage katheterisieren: so zart war das Verfahren!

Um 1600 wurde von SETTALA in Mailand ein biegsamer Katheter benutzt, der aus Seidennetzgewebe, mit Wachs imprägniert, verfertigt war und, mittels Mandrins von Holz eingeführt, längere Zeit liegen bleiben konnte.

In Ägypten pflegte man sich im 16. Jahrhundert nach des PROSPER ALPINUS Bericht von 1591 der Katheter von „knorpliger Substanz" zu bedienen. Trotz der Erklärungen des FABRICIUS AB AQUAPENDENTE hielt das 17. Jahrhundert fast durchweg noch an den „Carunculae" fest — erst FRANÇOIS COLOT, der bekannte Lithotom, hat 1706 durch den Befund harter Narben der Urethra die uralte Annahme ins Wanken gebracht, später JOHN HUNTER. MORGAGNI hat 1761, wie gesagt, endgültig damit aufgeräumt; ihm gebührt zugleich das Verdienst, die Prostatahypertrophie als Ursache von Miktionsstörungen zuerst bekanntgegeben zu haben.

Um die Vorteile des metallenen mit denen des elastischen Katheters zu vereinigen, konstruierte CORNELIUS VAN SOLINGEN am Ende des 17. Jahrhunderts einen Katheter aus spiraligem Silberband, mit Pergament überzogen, von einem Seidenfaden umwickelt und die Zwischenräume zwischen den Windungen mit Wachs gefüllt; dies Instrument bewährte sich vortrefflich und wurde mehrfach „wiedererfunden", so 50 Jahre danach von dem Italiener RONCALLI. Trotzdem fanden alle diese Erfindungen bei den maßgebenden Häuptern der Kunst wenig Anklang; hier galt nur der starre Metallkatheter, den man nach der „Tour de maître" anzuwenden pflegte — sicher oft genug mit Bahnung falscher Wege!

Filiforme Bougies kennen wir aus dem 18. Jahrhundert, wo JACQUES DARAN diese Methode 1770 veröffentlichte, nachdem er jahrzehntelang mit ihrer Hilfe große Summen verdient hatte. Ja, das Verfahren scheint noch älter zu sein: beantragten doch bereits im Jahre 1656 die „Boyaudiers" (Katgutfabrikanten) in Paris, als eigene Zunft zugelassen zu werden! Sie begründeten ihren Wunsch damit, daß die „Chirurgiens" das Boyau dringend benötigten. GORIS vertritt die Ansicht, daß dies zu Harnröhrenbougies schon damals gebraucht worden sei.

DARAN, D'ALLIÈS und GOULARD haben mit vorsichtiger Dilatationsmethode in jener Zeit große Erfolge erzielt.

Von größter Bedeutung wurde aber die Verwendung des Kautschuks zur Herstellung von Bougies und Kathetern!

HÉRISSANT in Paris hat zuerst auf ihn hingewiesen. Der Italiener TROJA versuchte, wenn auch ohne den erwarteten Erfolg, diesen Gedanken in die Praxis umzusetzen, schuf Katheter aus Silberdrahtspiralen, die er zuerst mit Wachs und Seide, später mit Kautschuk überzog, doch wurden sie unter dem Einfluß des Harns schnell bröcklig und gingen entzwei. Ein Bijoutier BERNARD hat sich dann dieser Fabrikation angenommen und lange Zeit in Paris eine Art Monopol hierfür gehabt.

Vorher aber war dies Problem schon gelöst worden von dem preußischen General-Chirurgus JOHANN CHRISTIAN ANTON THEDEN, einem Manne schlichter Herkunft, der dauernd mit der Verbesserung chirurgischer Instrumente eigenhändig sich beschäftigte und, wie er in der 2. Auflage seines Werkes „Neue Bemerkungen

Digitized by Google

und Erfahrungen zur Bereicherung der Wundarzneykunst ...." 1795 berichtet, der Königlichen Akademie der Wissenschaften zu Berlin 1777 Mitteilung von seinen Verfahren gemacht hat. Feiner Golddraht wurde zuerst mit Seide dicht umsponnen, dann um einen dicken Draht, dem Kaliber entsprechend, gewickelt; dann wurden in der Längsrichtung 4 Drähte befestigt, um ein Ausziehen der Spirale zu verhindern, und schließlich wurde das Ganze 40—50mal mit Kautschuklösung überzogen, wobei darauf geachtet werden mußte, daß nach jedem Überziehen erst völlige Trocknung eintrat, bevor ein neues Eintauchen in die Lösung geschah. Theden schuf in derselben Weise Instrumente, um Flüssigkeiten aus der Brust- und Bauchhöhle zu aspirieren, und solche, um sich selbst Klistiere geben zu können.

Das Ergebnis der Arbeit Thedens hat an der Wende zum 19. Jahrhundert dem Ausbau beider Instrumente einen gewissen Abschluß gegeben. Die Untersuchungen Merciers 1841 über die Prostata zeigen eine neue Etappe des Weges; die Einführung der Endoskopie ergibt die moderne Entwicklung.

Literatur

1. Gurlt, E., Gesch. der Chirurgie. Berlin 1898. — 2. Desnos, M. E., Histoire de l'urologie. Encyclopédie francaise d'urologie, Paris 1914. — 3. Helfreich, F., Gesch. der Chirurgie. Puschmanns Handbuch, 1905, 3. Band. — 4. Corpus Hippocraticum. Ed. Littré, Paris 1839—61. — 5. Sudhoff, K., Mutterrohr und Verwandtes im medizin. Instrumentarium der Antike. Arch. f. Gesch. d. Med., 1926, Bd. 18, H. 1. — 6. Oeuvres d'Oribase. Ed. Daremberg et Bussemaker, Paris 1851—76. — 7. ibn Sinâ, Qanûn. — 8. Guaineri, A., Tractatus „de calculosa passione". Pap. 1481, 1488. — 9. Lejeune, F., Zur Frühgeschichte der Bougiebehandlung. Derm. W., 1924, Nr. 28. — 10. Lejeune, F., Francisco Diaz, der erste Urologe. Derm. W., 1925, Nr. 14. — 11. Andrés à Laguna, Methodus cognoscendi, extrahendique in vesicae collo carunculas. 1551. — 12. Ferri, A., De caroncula sive callo quae cervici vesicae innascitur. 1552. — 13. Fabr. ab Aquapendente, Pentateuchos chirurgicum. Francofurti 1592. — 14. Morgagni, Giov. Batt., De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. Venet. 1761. — 15. Ebstein, E., Einige Bemerkungen zur Gesch. des Katheters. Zschr. f. Urol., 1925, Bd. 19. — 16. Theden, J. Chr. A., Neue Bemerkungen und Erfahrungen zur Bereicherung der Wundarzneykunst ... Neue vermehrte Auflage, Berlin und Leipzig 1795.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Mitteilungen aus der Literatur

Dermatomykosen

Sur l'électivité cutanée des teignes animales, quelle que soit leur voie d'introduction dans l'organisme (Über die Affinität der Erreger der tierischen Haarpilzerkrankungen zum Hautorgan), von Brocq-Rousseu, A. Urbain und Barotte. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 29, S. 966.) Verff. berichten über das Ergebnis von vier Untersuchungsreihen an Meerschweinchen, die teils intravenös, teils intraperitoneal, teils oral (intern), teils endlich subkutan Aufschwemmungen von Trichophyton gypseum oder equinum verabreicht erhalten hatten; unmittelbar im Anschluß an die Einverleibung der Erreger wurden am Rücken der Tiere Skarifikationen ausgeführt. Etwa 14 Tage später traten bei den meisten Versuchstieren an den Skarifikationsstellen typische mykotische Hauterkrankungsherde auf. Ganz gleich also, welcher Weg der Einführung gewählt worden war: stets war die Haut das erkrankte Organ. F. Callomon-Dessau.

Die aktinomykotische Infektion der Kiefer. Eine klinische und pathologisch-anatomische Studie, von G. A. Chiurco, Chir.-path. Univ.-Inst. Siena. (Zschr. f. Stomato-

Digitized by Google

logie, 1926, H. 9.) Zwei Eigenbeobachtungen und eine Reihe experimenteller Untersuchungen, die Verf. durch Überimpfung von Aktinomyces bovis auf Ratten und Mäuse angestellt hat. Über die Nomenklatur entscheidet sich Verf. dahin, daß er mit Aktinomyzes alle Arten von Pilzen bezeichnet wissen will, die ein Myzel mit starken Filamenten aufweisen, die echte Verzweigungen besitzen, die in den verschiedenen Verhältnissen des Lebens persistieren und die in Fortpflanzungselemente endogenen Ursprungs zerfallen. Die für die Art Aktinomyzes charakteristischen sogenannten Keulen dürfen nicht als fundamentales biologisches Merkmal der Aktinomyzes aufgefaßt werden. Als Ergebnis der klinischen Kasuistik ergibt sich, daß die Kieferaktinomykose eine große Variabilität besitzt und nicht immer leicht zu diagnostizieren ist; sicher ist die Diagnose nur, wenn es gelingt, aus dem Krankheitsherd den Strahlenpilz zu züchten. Klinische Ähnlichkeit mit Karzinom oder Sarkom; die Abszeßbildung wird meist durch Hinzutreten pyogener Mikroben bedingt, auf deren Einwirkung auch die Beteiligung der Lymphdrüsen zurückzuführen ist. Der Strahlenpilz kann lange im Wurzelkanal vegetieren. Eine Reihe von interessanten Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

M. Cohn-Dresden.

Lungentuberkulose mit Streptotrichose kombiniert, von L. Münster-Bologna. (Gyógyászat, 1926, Nr. 34.) Ein 56jähr. Tuberkulöser hatte auf dem Sternum links einen faustgroßen Tumor mit großen Schmerzen bis auf die Schulter. Die große Infiltration ging von selbst auf und bildete eine Fistel, in deren Sekret nur Streptotrixfäden in Reinkultur zu finden waren. Nach dem Tode wurde in der Lunge dieser Stelle entsprechend ein größeres Infiltrat mit Fadenpilzen gefunden. Im Sputum wurden diese Gebilde trotz vielfacher Untersuchungen erst nach der Fistelbildung vor dem Tode gefunden. M. Porosz-Budapest.

Madurafuß (Sporotrichosis), von W. Manninger-Budapest. (Magyar Orvos, 1926, Nr. 9.) Krankenvorstellung in dem Budapester Ärzteverein. Eine 50jähr. Wäscherin, die vor 2 Jahren eine Fußverrenkung erlitten hat, zeigte eine elefantiasisähnliche Veränderung auf dem Fuße mit mehreren Geschwüren und schwammige, fluktuierende Anschwellung. Es gelang dem Verf., das dem Gougerot-Typ entsprechende Sporotrichon kulturell zu züchten. Auf Jodinjektionen (Kaimon) und nach 5%igem Jodhumanol sensibilisiert, und nach einer $^1/_2$ ED. Röntgen rasche Besserung. M. Porosz-Budapest.

Tierische Parasiten und Fremdkörper

Réaction de fixation dans la gale (Fixationsreaktion bei der Krätze), von S. Nicolau und A. Banciu. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 27, S. 753.) Bei $^2/_3$ der Fälle zeigt die Krätze Serumreaktionen nach Bordets Fixationsmethode. Das Antigen wird aus milbenführenden Hautkrusten gewonnen. Bei der gewöhnlichen Skabies war die Reaktion in 20 von 35 Fällen seropositiv. Sie ist aber nicht streng spezifisch, denn sie war positiv auch bei nichtskabieskranken Luetikern!

H. Lippert-Köln.

Die Kopflaus, von A. Hase-Berlin. (Verlag: D. Ges. f. angew. Entomol., Mai 1926, Merkbl. 7). Das Merkblatt gibt einen kurzen Abriß über alles Wissenswerte.

D. Tangl-Eger.

Über Ungeziefer und Ungezieferbekämpfung, von A. Hase-Berlin. (Zschr. f. Schulgesundheitspfl. u. soz. Hyg., 1926, Nr. 4.) Als erster behandelt Verf. diese Fragen von allgemeinen Gesichtspunkten aus. Verf. streift die ethische Bedeutung des Gegensatzes: rein — unrein. Die hygienischen Schäden des Ungeziefers äußern sich in Erregung und Übertragung von Krankheiten. Verf. unterscheidet Klein- und Großbekämpfung und bedauert für letztere die Unmöglichkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Er trennt Prophylaxe von eigentlicher Bekämpfung, deren physikalische und chemische Mittel er in ihrer Anwendungsmöglichkeit bespricht. Der Angelpunkt der ganzen Frage liegt jedoch in Aufklärung und Erziehung. D. Tangl-Eger.

Über die Giftwirkung der Bisse von Tausendfüßen, von A. Hase-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 99, H. 4/5, S. 325.) 2—3 Minuten nach dem Biß stellt sich Quaddelbildung ein, die nach 30—40 Minuten ihren Höhepunkt erreicht. Als primäre Bißfolgen treten sofort heftige brennende Schmerzen auf; Juckgefühl ist nicht vorhanden. Aus dem Bißkanal quillt Blut, rasch entwickelt sich ein hyperämischer Hof um die Bißwunde und deutliche Hämorrhagie. Sekundäre Bißfolgen sind eine intensive Rötung um die Bißstelle und eine ausgebreitetere Hämorrhagie. Ernstere Folgen wurden nie beobachtet. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Über Scharlach, von F. Breinl. (M. Kl., 1926, Nr. 43, S. 1631—1634.) Überblick über die bisherigen Arbeiten zur Klärung der Scharlachätiologie, besonders die Untersuchungen von Dick. Es stehen sich immer noch zwei Anschauungen, die der Streptokokkenätiologie und des filtrierbaren Virus, gegenüber; vielleicht läßt sich zwischen ihnen eine Brücke schlagen durch Annahme der Tätigkeit eines Bakteriophagen, durch den die Bakterien in ein filtrierbares Virus verwandelt werden. Aus dem Filtrat wachsen die eingesäten Keime in ihrer ursprünglichen Gestalt wieder. E. Levin-Berlin.

Quelques remarques sur la contagion de la scarlatine (Einige Bemerkungen über die Scharlachansteckung), von Brelet. (Gaz. des hôp., 1926, Nr. 70.) Die Herkunft einer Scharlachansteckung ist sehr oft nicht nachweisbar; es handelt sich offenbar um ganz vorübergehende, unbewußte Berührungen mit dem infektiösen Agens. Will man dies nicht annehmen, so müßten ständig im Nasen-Rachenraum befindliche Keime in Frage kommen, die nur gelegentlich virulent werden. Andererseits kommen Fälle vor, in denen Personen trotz innigen Kontaktes mit Scharlachkranken selbst nicht erkranken. Auf Grund dieser Tatsachen kommt man dazu, einerseits eine besondere Empfänglichkeit, andererseits eine natürliche Immunität anzunehmen. Die Untersuchungen mit der Dickschen Probe stimmen hiermit überein: vereinzelte positive Resultate bei der gelben Rasse, die für Scharlach wenig empfänglich ist. Die natürliche Immunität trägt dazu bei, daß Scharlachepidemien keinen unbegrenzten Umfang annehmen. Es handelt sich also bei der Scharlachkontagion um eine Frage des Terrains, auch atmosphärische Einflüsse spielen eine Rolle. E. Levin-Berlin.

Bemerkungen über Dick-Toxin und Scharlachstreptokokken, von R. Bieling-Höchst a. M. (M. m. W., 1926, Nr. 36, S. 1479.) Es wurde eine ganze Anzahl verschiedener, aus dem Blute Streptokokkeninfizierter gezüchteter Stämme in der für Dick-Toxinbereitung angegebenen Weise bebrütet und der sterile Nährboden bei Dickempfindlichen Personen intrakutan geprüft, im Vergleich mit dem Toxin aus „echten" Scharlachstämmen und aus den amerikanischen Originalstämmen. Dabei wurde eine gleichartige Reaktion bei Dick-Toxinempfindlichen erzielt wie mit „echtem" Dick-Toxin, und zwar mit Nährböden, die mit hämolytischen Streptokokken aus dem Blute von Kranken mit puerperaler Sepsis angegangen waren. Hieraus und aus verschiedenen anderen vom Verf. erörterten Gründen, die gegen die Identität von Scharlachimmunität und Dick-Toxinunempfindlichkeit sprechen, folgert der Verf., daß man von einer Spezifität des Scharlachtoxins und von der Bedeutung bestimmter Streptokokkenstämme als Scharlacherreger vorläufig noch nicht sprechen kann. F. Jacobsohn-Berlin.

Über die neue Auffassung des Scharlachs. Dick-Reaktion. Toxische Streptokokken bei Nichtscharlachkranken. Intrakutanimmunisierungsversuche, von E. Kramár und D. Francziszezi, Kinderkl. Elisabeth-Univ. Budapest. (Mschr. f. Kinderheilkd., 1926, Bd. 33, H. 5, S. 421.) Beobachtungen an 500 Kindern zeigten, daß solche, die Scharlach überstanden haben, in 48%, von der Krankheit bisher verschonte in 60% eine positive Dick-Reaktion aufweisen. Positive Dick-Proben fanden sich am häufigsten zwischen dem 3.—5. Lebensjahre. Der größte Teil der Scharlachkranken verliert während der Krankheit seine Toxinempfindlichkeit. Doch ist das Verhalten der Reaktion während der Krankheit nicht so gesetzmäßig, als daß sie als diagnostisches Hilfsmittel herangezogen werden könnte. Öfters wiederholte Dick-Proben am selben Individuum fallen häufig wechselnd aus. Diese Spontanschwankung ist bei heruntergekommenen verschiedenen Infektionen ausgesetzten Kindern öfters zu sehen. Aus dem Rachen von zwei stark Dick-positiven Kindern (das eine litt an Angina, das andere an Diphtherie) gelang es, Streptokokken zu züchten, die ein dem Dick-Toxin in jeder Hinsicht entsprechendes Gift erzeugten. Trotzdem erkrankten beide Kinder nicht an Scharlach. Zur Vermeidung der Unannehmlichkeiten der lokalen Reaktion bei der bisher geübten subkutanen Schutzimpfung empfehlen die Verff. die Intrakutanimmunisierung. Sie führte mit wesentlich geringeren Dosen in 95,2% zum Negativwerden der ursprünglich positiven Dick-Reaktion. R. Ley-Kreuznach.

The Preparation and Clinical Application of Scarlet Fever Antitoxin (Die Herstellung und klinische Anwendung des Scharlachfieberantitoxins), von J. F. Anderson und G. F. Leonard-New Brunswick, N. Y. (Am. J. m. sc., 1926, Bd. 172, Nr. 3, S. 334 bis 339.) Spezifisches Scharlachantitoxin kann durch Immunisierung von Pferden mit filtriertem Toxin gewonnen werden. Es kann auch prophylaktisch wirken. Zur passiven Immunisierung muß das $1^1/_2$fache der therapeutischen Dosis gegeben werden.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Zum Problem der Feststellung des Erregers der Masern, von M. Flesch-Hochwaldhausen. (M. m. W., 1926, Nr. 36, S. 1480.) Auf Veranlassung des Verf. hatte ein inzwischen verstorbener Assistent des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. das Blut von Fleschs eigener Tochter, bei der das Auftreten von Masern mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten war, täglich untersucht. Das Kind war mit einem Vetter zusammen gewesen, bei dem 2 Tage später die Masern auftraten. Vom nächsten Tage an wurde täglich mikroskopisch das Blut des Mädchens untersucht; am 7. Tage zeigte das Präparat kleine Stäbchen, deren Menge am nächsten Tage zunahm. Dann wurden die Untersuchungen abgebrochen, die Masern stellten sich am 12. Tage (nach dem Exanthemausbruch bei dem Vetter) ein. Flesch läßt es dahingestellt, ob er damals den Masernerreger gesehen hat. Er empfiehlt Nachprüfungen auf dem von ihm vorgezeichneten Wege. F. Jacobsohn-Berlin.

Prophylaxis of Measles (Masernprophylaxe), von J. A. Toomey-Cleveland. (Am. J. of Child. Diseases, 1926, Bd. 32, Nr. 3, S. 401—406.) Von 389 Pat., die der Infektion mit Masern ausgesetzt waren und die 3—10 ccm Rekonvaleszentenserum intramuskulär erhalten hatten, erkrankten 21, und zwar 13 vor, 8 nach der gewöhnlichen 14tägigen Inkubationsperiode. Die Erkrankung zeigte eine abgeschwächte Form. E. Levin-Berlin.

Skin Tests in Measles (Hautproben bei Masern), von R. Tunicliff und R. E. Taylor-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 11, S. 846.) Verff. hatten in früheren Untersuchungen gezeigt, daß abgetötete Kulturen des grünwachsenden Diplokokkus, der sehr häufig bei Masern angetroffen wird, bei einer Hauptprobe, analog der Schickschen Reaktion, in 100% ein positives Resultat hervorrufen bei Menschen, die nicht Masern überstanden hatten. Bei durchgemaserten Personen fiel diese Reaktion nur in 4% der Fälle positiv aus. Verff. stellten neuerdings die gleichen Untersuchungen mit dem Ektotoxin dieses Diplokokkus an. Hierzu verwendeten sie Kulturen auf Schafblut mit 0,2%igem Traubenzucker gezüchtet. Das Filtrat dieser Kulturen ergab in einer Verdünnung von 1:10 positive Resultate in 50% der Fälle, wenn die betreffenden Personen keine Masern durchgemacht hatten. Das Toxin dieses Filtrates wurde durch Masernrekonvaleszentenserum sowie durch Serum von Ziegen, die mit dem Diplokokkus immunisiert waren, neutralisiert. R. Ley-Kreuznach.

Über einen sicheren Fall von Masern ohne Exanthem mit tödlichem Ausgang durch Noma, von W. Fromm-Zillerthal i. Rsgb. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1926, Nr. 18, S. 596.) Während einer Masernepidemie erkrankte ein 3jähr. Mädchen, das selbst vorher nie Masern gehabt hatte und dessen zwei ältere Geschwister gleichzeitig typische Masern durchmachten, an Fieber, Konjunktivitis, Husten, ohne Exanthem; der Urin war frei von Eiweiß, mit sehr intensiver Diazo-Reaktion; nach 3 Wochen trat eine Komplikation mit Noma ein, welche zum Tode führte. F. Winkler-Wien.

Accidents nerveux consécutifs à la vaccination antivariolique. A propos d'une méningite et d'un zona d'origine vaccinale (Nervöse Zufälle im Anschlusse an die Pockenimpfung. Gelegentlich einer Meningitis und eines Zoster vakzinalen Ursprunges), von E. Frommel und J. Baumgartner-Genf. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 35, S. 857—859.) Die experimentelle Erzeugung nervöser Erscheinungen durch die Kuhpockenimpfung steht außer Frage. In den Fällen, in denen im Anschluß an die Impfung enzephalitische Erscheinungen auftraten, ist man geneigt, diese nicht als eine vakzinale Enzephalitis aufzufassen, sondern als eine lethargische (trotz zum Teil nicht ganz übereinstimmender Symptomatologie), die vielleicht durch die Impfung provoziert wurde. Derartige Zufälle scheinen besonders bei erstmaliger Impfung aufzutreten. So in zwei hier beschriebenen Fällen ausgesprochene Meningitis mit Somnolenz, jedoch ohne Myoklonus und ohne Augenstörungen, und mit Liquorveränderungen bei einem $12^1/_2$jähr. Mädchen 11 Tage nach der Impfung; ferner Zoster bei einer 55jähr., vorher nicht geimpften Frau am dritten Tage nach der Impfung. Es soll daher bei noch nicht geimpften Personen eine abgeschwächte Lymphe verwendet werden. Der Zusammenhang der nervösen Erscheinungen mit der Impfung muß als sicher gelten, die Pathogenese ist noch unklar. E. Levin-Berlin.

Über die Beziehungen des Vakzinevirus zum Zentralnervensystem vakzineempfänglicher Tierspezies, von B. Walthard. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 35, S. 854 bis 857.) Nachdem mehrfach über das Auftreten zerebraler Erscheinungen nach der Impfung mit Kuhpockenlymphe berichtet worden ist, die in einigen Fällen zum Exitus unter den Erscheinungen einer akuten Enzephalitis führten, ergab sich die Notwendigkeit, der Frage des eventuellen pathogenetischen Zusammenhanges auf experimentellem

Digitized by Google

Wege näherzutreten. Besonders da es bisher nicht möglich war, festzustellen, ob die postvakzinale Enzephalitis überhaupt ein infektiöser Prozeß ist oder auf einer anderen nichtparasitären Noxe beruht, sowie ferner, eine Infektion vorausgesetzt, welcher Erreger in Betracht kommt (metastatische Lokalisation des Vakzinevirus oder anderes in der inokulierten Lymphe oder im Organismus des Impflings zufällig vorhandenes belebtes Agens). Eine sicher letal verlaufende Enzephalitis läßt sich beim Kaninchen dadurch erzeugen, daß eine durch wiederholte Hodenpassagen an den Kaninchenkörper angepaßte und modifizierte Kuhpockenlymphe subdural verimpft wird; derartige Stämme von „Neurovakzine" bzw. „Neurolapine" können durch weitere subdurale Kaninchenpassagen zu größter Virulenz gesteigert werden. Da außerdem von lokalen Infektionsherden aus das Vakzinevirus leicht in die Blutbahn übertreten kann und den verschiedensten Organen zugeführt wird, wäre die prinzipielle Möglichkeit einer sekundären Vakzineenzephalitis nach kutaner Impfung mit Kuhpockenlymphe — wenigstens beim Kaninchen — gegeben. Daraufhin angestellte Untersuchungen ergaben jedoch weder mit Kuhpockenlymphe noch mit Neurolapine von peripheren lokalen Infektionsherden aus (korneale Impfung von Kaninchen, plantare Infektion von Meerschweinchen) enzephalitische bzw. myelitische Symptome. Auch eine symptomlose Infektion der nervösen Zentralorgane lag nicht vor, da weder histologische Veränderungen noch eine irgendwie stärkere Vermehrung des Vakzinevirus im Hirngewebe nachzuweisen war. Im Liquor erstmalig geimpfter Menschen und eines korneal geimpften Kaninchens konnte Vakzinevirus nicht nachgewiesen werden. Für eine besondere Affinität des Vakzinevirus zum Zentralnervensystem ergaben sich also keine Anhaltspunkte. E. Levin-Berlin.

Einige kritische Bemerkungen zur Theorie des Neounitarismus, von Tièche. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 33, S. 801—808.) Der Neounitarismus (Varizellen = Variola, deren Gift nicht nur abgeschwächt, sondern in wesentlicher Weise qualitativ verändert ist, beider Virus jedoch trotz großer Mutationsfähigkeit Virus fixum) ist von Sahli (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 3. Ref. diese Wschr., 1925, Bd. 80, Nr. 22) im Gegensatz zu der herrschenden dualistischen Lehre aufgestellt worden. Er ist unbedingt abzulehnen, da er mit den ausgedehnten Erfahrungen des Verf. über die fehlenden Immunitätsbeziehungen zwischen Variola und Varizellen im Widerspruch steht. Daran kann auch die Abnahme der Intensität des Virus bei abgeschwächten Pocken und Anomalien im Haften und Verlauf des Impfprozesses nichts ändern. Varizellenherde und selbst ausgebreitetste Epidemien mit intensiven Eruptionen haben niemals zur Herausmutierung von Pocken oder pockenähnlichen Erkrankungen geführt. Es gibt keine Übergangsformen von Variola zu Varizellen; eine sichere Einordnung gelingt stets durch systematische Beobachtung, biologische Untersuchungsmethoden (Paulscher Versuch, Tièches Allergiemethode), Einzeichnung in Körperschemata. E. Levin-Berlin.

An Investigation of a Case of Rat-Bite Fever (Untersuchung eines Falles von Rattenbißfieber), von G. M. A. Herzfeld und T. J. Mackie-Edinburgh. (Edinburgh m. J., 1926, Bd. 33, Nr. 10, S. 606—619.) Die Erkrankung war nach einem Rattenbisse an der linken Augenbraue aufgetreten; sie verlief verhältnismäßig leicht und reagierte gut auf Salvarsan. Der gewöhnlich als Spirochaete morsus muris bezeichnete Erreger gehört wahrscheinlich nicht zu den Spirochäten, sondern zu den Spirillen und sollte Spirillum minus genannt werden. Er konnte hier gut nachgewiesen werden; außerdem jedoch wurde aus der Blutkultur noch ein anderer Organismus isoliert, der mit dem Serum des Pat. ausgesprochene Agglutination zeigte. Biologische Beziehungen zwischen den beiden Organismen wurden nicht beobachtet. Da in diesem Falle wie in anderen der Nachweis des spezifischen Spirillums zuerst nicht gelang, hatte der zweite Organismus (ein gramnegativer Bazillus) fälschlich als Erreger der Krankheit betrachtet werden können. Er stellt jedoch nur eine sekundäre Blutinfektion dar. E. Levin-Berlin.

Lepra.

Skin Pathology in Ancient, Medieval and Modern Times (Hautpathologie im Altertum, Mittelalter und Neuzeit), von S. Gordon-Philadelphia. (M. Record., 1926, Bd. 124, Nr. 4, S. 213—232.) Die Entwicklung der Welt ist beherrscht von dauerndem Entstehen und Vergehen. Das zeigt sich auch in dem Charakter von Krankheiten, und es ist nicht verwunderlich, daß Keime, die in früheren Zeiten Krankheiten hervorgerufen haben, jetzt nicht mehr existieren und umgekehrt. Es werden zum Beweise hierfür die Verhältnisse der verschiedenen als Lepra bezeichneten Erkrankungen geschildert. Die Krankheit der Bibel „Zaraat" mit Lepra zu übersetzen war ein grober

Digitized by Google

Fehler, da es sich dabei um eine ganz andere Krankheit handelte; allerdings ist auch die Ansicht Schambergs, der sie der bei ihr beschriebenen weißen Flecken wegen mit Vitiligo identifiziert, als falsch zurückzuweisen. Die aus dem 11. Jahrhundert und der Neuzeit stammenden Beschreibungen der Lepra arabum oder Elephantiasis arabum weichen derartig voneinander ab, daß man verschiedene Krankheiten vor sich zu haben glauben könnte. Das ist jedoch nicht der Fall, und der Unterschied erklärt sich dadurch, daß das in der frühen Zeit außerordentlich virulente Virus allgemein konstitutionelle Symptome zu bewirken befähigt war, während es jetzt derartig abgeschwächt ist, daß es nur mehr oder weniger lokalisierte Erscheinungen hervorruft. Ähnlich verhält es sich mit der Lepra der Griechen oder Elephantiasis graecorum. Der zunächst im alten Ägypten zur Entwicklung gekommene Leprabazillus verbreitete sich zu den Zeiten von Hippokrates und Galen über Indien, China, Australien und die nördlichen Gegenden Europas. Seine höchste Aktivität erreichte er im Mittelalter und war damals von größter Kontagiosität; jetzt ist diese nicht mehr sehr ausgesprochen, und ihre dauernde Verminderung entspricht den großen Gesetzen der Natur. E. Levin-Berlin.

Leprosy as a Cause of Death, von E. V. Pinedia. (J. Philippine Isl. m. Ass., 1925, Bd. 5, Nr. 12, S. 360.) Lepra ist selten direkte Todesursache. Von 500 Autopsien bei Leprösen war nur bei 18 = 3,6 % die Krankheit die Todesursache. Von diesen 18 Fällen wurde bei 12 Leprösen Kachexie, 4 mal Leprareaktion, 1 mal exfoliative lepröse Dermatitis und 1 mal lepröse Laryngitis mit Glottisödem diagnostiziert. Meist führen sekundäre Erkrankungen, z. B. Tuberkulose, zum Tode. Bei den direkten Lepratodesfällen unterscheidet der Verf. 2 Möglichkeiten: 1. Lepra kann ohne weiteres durch wiederholt sich häufende Attacken das letzte Ende herbeiführen, sei es durch allgemeine Toxämie oder durch eine anaphylaktische Störung. Verf. führt zur Illustration dieser Fälle drei interessante Obduktionsbefunde an, von denen der erste zeigt, wie der menschliche Organismus der Virulenz des Leprabazillus erliegt, der zweite zeigt, wie die oberflächliche Lage von massiven ulzerierten Lepromen zu neurotischen ausgedehnten Geschwüren und durch Sekundärinfektion zum Tode führt, der 3. Fall zeigt den nicht seltenen Tod durch allgemeine Kachexie ohne weiteren organischen Befund. Die zweite der oben angeführten Möglichkeiten besteht darin, daß der lepröse Prozeß durch obstruktive Laryngitis zum Glottisödem und Erstickungstod führen kann. P. Unna jun.-Hamburg.

Leper Segregation and the Treatment of Leprosy (Isolierung der Leprösen und Behandlung der Lepra). (J. Philippine Isl. m. Ass., 1925, Bd. 5, Nr. 12, S. 353.) Übersichtsreferat Culion Medical Board. Das Gesundheitsamt von Culion steht auf dem Standpunkt, daß die Isolierung trotz der Einwände dagegen nicht zu umgehen ist, da die Infektiosität der Lepra über alle Zweifel erhaben ist und der schleichende Charakter der Krankheit sie um so gefährlicher gestaltet. Die Maßnahmen der Bekämpfung sind verschieden, je nach der Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung und der Virulenz der Erkrankung, nach dem Klima, nach der wirtschaftlichen Lage, nach den hygienischen Verhältnissen des Landes, nach der Möglichkeit einer wirksamen Behandlung. In Indien, wo es mehr Nervenfälle gibt, glauben die Behörden auf die Isolierung verzichten zu können und mit den neuen Methoden die beginnenden Fälle ausheilen zu können. Auf den Philippinen ist man, seitdem sich die neuen Heilmethoden eingebürgert hatten (1921—1922), dazu übergegangen, in besonderen Hospitälern die wenig fortgeschrittenen Kranken zu behandeln, während die große Leprakolonie Culion für die Isolierung der fortgeschritteneren Fälle eingerichtet ist. Besonders ausgebildete konsultierende Leprologen sind anzustellen, um besonders stark infizierte Gegenden auf Lepra zu überwachen. P. Unna jun.-Hamburg.

Bacteriological Findings in Children of Lepers, with Special Reference to Nasal Lesions (Bakteriologische Untersuchungen an Kindern Lepröser mit besonderer Berücksichtigung der Nasenlepra), von F. Solis und H. W. Wade. (J. Philippine Isl. m. Ass., 1925, Bd. 5, Nr. 12, S. 365.) Die Hypothese, daß die Nasenschleimhaut häufig Sitz des leprösen Primäraffekts ist (Sticker, Jeanselme und Laurens) hat sich nicht bestätigt. Erstens finden sich, wie viele Nachuntersucher fanden, nur in einem verhältnismäßig geringen Prozentsatz der Leprösen Leprabazillen in der Nasenschleimhaut, und zweitens bewiesen Befunde von spärlichen säurefesten Bazillen in der Nase bei Abwesenheit von anderen klinischen Symptomen noch keineswegs, daß es sich um Lepra handelt. 250 in der Leprakolonie Culion geborene Kinder wurden auf Nasenlepra untersucht. Das Ausstrichmaterial wurde von der Übergangsstelle vom knöchernen zum knorpeligen Septum abgekratzt. Von 250 Kindern waren 35 oder 14 % positiv. In keinem einzigen der 35 positiven Fälle war die Nasenschleimhaut der Sitz des Primär-

Digitized by Google

affekts, in 21 oder 60% war die äußere Haut leprös, in nur 14 oder 40% waren Haut und Nasenschleimhaut leprös. Verff. ziehen daraus den Schluß, daß der Nasenschleimhaut für den Primäraffekt praktisch keine Bedeutung zukommt, wenigstens nicht bei Kindern. P. Unna jun.-Hamburg.

Studies on the Serology of Leprosy. I. The Wassermann Reaction in Leprosy (Serologische Leprastudien. I. Die Wassermannsche Reaktion bei Lepra), von E. V. Pineda und E. Roxas-Pineda. (Philippine J. of Sc., 1925, Bd. 30, Nr. 1.) Untersuchungen mit der WR nach der Modifikation von Kolmer und zum Vergleich damit mit der Originalmethode mit gewöhnlichen und cholesterinisierten Extrakten bei 500 Leprösen. Nur 85 von 500 oder 17% waren mit der Kolmerschen Methodik mehr oder weniger positiv, die meisten dieser Fälle waren auf Syphilis oder Framboësie zurückzuführen. Auch von den Fällen ohne jede Spur von Spirochätenerkrankung halten Verff. die Mehrzahl für nichtentdeckte Syphilis oder Framboësie. Es bleiben etwa 15 Fälle von leicht positiver WR, welche auf noch unbekannten Serumveränderungen beruhen, welche jedoch anscheinend mit den durch Spirochäteninvasion hervorgerufenen Substanzen nichts zu tun haben. P. Unna jun.-Hamburg.

II. Nitric Acid Precipitation (Bruck, Modified) (II. Brucksche Salpetersäuremethode), von H. W. Wade. (Philippine J. of Sc., 1926, Bd. 30, Nr. 1.) Von 100 leprösen nach der Bruckschen Salpetersäuremethode behandelten Seren waren 93% mäßig bis stark positiv, keins negativ. Antilepröse Behandlung vermindert die Reaktion. Von 16 Nichtleprösen waren nur 3 negativ, 2 waren stark positiv.

P. Unna jun.-Hamburg.

Spezifische Hautreaktionen bei Lepra, von P. Bargehr-Pelantoengan (Java). (Zschr. f. Immunforschg. u. exp. Ther., 1926, Bd. 47, S. 529.) Pirquetimpfungen bei 100 Leprösen mit lebendem Leprabrei. 82% waren vollkommen reaktionslos, 18% von stationären bazillenlosen Patienten hatten meist am 3.—5. Tage eine positive Reakton. Bei 3 gesunden in der Kolonie lebenden Nervenkranken war die Reaktion positiv, bei einem Mann, der nie mit Lepra in Berührung kam, war die Impfung negativ, dagegen bei der gesunden Gattin eines Leprösen und bei dem Verfasser selbst, der 4 Jahr in der Kolonie tätig ist, stark positiv. Verf. zieht daraus folgende Schlüsse: 1. Bei Menschen, die nicht mit Leprabazillen in Berührung gekommen sind, existieren keine fertigen spezifischen Abwehrstoffe. 2. Bei Menschen, die viel mit Leprösen in Berührung kommen, kommt es meist zu unterschwelligen Infektionen und damit zur Bildung spezifischer Antikörper, die Immunität erzeugen. 3. Bei bestehender Lepra werden nicht so viel Antikörper gebildet, als zur Überwindung der Krankheit nötig sind. 4. Die Lepra kann im Laufe vieler Jahre oft zur Ausheilung kommen, worauf schon E. Muir aufmerksam gemacht hat, vermutlich zufolge einer Altersschwäche des Bazillenstammes.

P. Unna jun.-Hamburg.

Über eine allergische Reaktion bei der Lepra, von W. H. Hoffmann-Habana. (M. m. W., 1926, Nr. 31, S. 1269.) Die Lepra ist heilbar. Die (bekannten Ref.) während der Chaulmoograbehandlung auftretenden Hautreaktionen, welche Hauterysipeln gleichen, stellen eine günstige allergische Reaktion dar, welche den Heilungsprozeß einleitet.

P. Unna jun.-Hamburg.

The Disturbances of Cutaneous Sensibility in Leprosy (Die Störungen der Hautsensibilität bei der Lepra), von J. N. Rodriguez. (Philippine J. of Sc., 1925, Bd. 27, Nr. 4.) Untersuchungen an 200 Fällen. R. trennt die Sensibilitätsstörungen mit organischem Hautbefund, nämlich diejenigen im Bereich von Knoten und Flecken, von den Sensibilitätsstörungen ohne Hautbefund. 16% der leprösen Hautläsionen haben keine nervösen Störungen. Die lepröse Anästhesie schwankt zeitlich in weiten Grenzen. Bei anästhetischen Hautflecken ist ein früher Gefühlsverlust die Regel, über Hautknoten ist die Störung großen Schwankungen unterworfen. Die nicht an Hautläsionen gebundenen Empfindungsstörungen zeigen den Typ der partiellen Empfindungslähmung. In 36% von 36 Fällen von Lepra mixta trat eine deutliche Besserung der Sensibilitätsstörung durch die Behandlung mit Chaulmoograäthylester ein, jedoch war die Besserung nicht so ausgeprägt wie die Besserung der Hauterscheinungen. P. Unna jun.-Hamburg.

Nerve Enlargement in Leprosy (Nervenverdickung bei Lepra), von R. G. Cochrane. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3424, S. 343.) Schilderung von drei im Orient beobachteten Fällen von geschwulstartiger Nervenverdickung. Es handelte sich bei 2 Patienten um den N. ulnaris, beim 3. Fall um den N. auricularis magnus. Bei zwei von den Kranken wurde die Diagnose Lepra erst gestellt, als sie wegen der auffälligen Geschwulst ärztliche Hilfe aufsuchten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Léprosyphilis probable, dactylite à bacilles acido-résistants (Lepra und Syphilis, Daktylitis durch säurefeste Bazillen), von G. Delamara und Achitouv. (Presse méd., 1926, Nr. 62, S. 979.) Eine 35jähr. Griechin, welche seit 23 Jahren in Konstantinopel lebt, erkrankt vor 14 Jahren an Parästhesien des rechten Fußes, denen 2 Jahre später Blasenbildungen am linken Fuß und Unterschenkel, sowie rote kreisförmige Eruptionen folgten. Ausgehend von einer Entzündung der linken Großzehe entwickelte sich ein Malum perforans pedis (1923). Der Wassermann war positiv. Vier kombinierte Neosalvarsan-Quecksilberkuren führten keine Besserung herbei, die linke Großzehe muß exartikuliert werden. Ein halbes Jahr später beginnt auch die 2. Zehe des linken Fußes sich zu entzünden und wurde ebenfalls exartikuliert. Nach langem Suchen wurde ein säurefester Bazillus durch Prof. Klingmüller entdeckt. Auf der Röntgenplatte gelang es, weitgehende Aufhellungen an den Zehen, nicht nur des linken, sondern auch des rechten Fußes nachzuweisen. Eine Sympathektomie nach Leriche im Scarpaschen Dreieck brachte eine beträchtliche, allerdings nur vorübergehende Besserung. Im histologischen Bild fanden sich in der Pars papillaris cutis mächtige Zellinfiltrate von Plasmazellen und Lymphozyten, im Hypoderm Ödem und Sklerose des Bindegewebes sowie ein enormes Infiltrat von eosinophilen Leukozyten. In Anbetracht des positiven Bazillenbefundes stellten die Verff. die Diagnose Leprosyphilis, d. h. Kombination von Lepra und Syphilis.

P. Unna jun.-Hamburg.

Psychische Einflüsse bei der Behandlung der Lepra, von P. Bargehr, Gouv.-Arzt in Pelantoengan. (Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indien, 1925, Aufl. 6, D. 65.) Verf. ist der Ansicht, daß die mit den modernen Lepramitteln oft erzielten weitgehenden Besserungen größtenteils durch die Suggestion, die mit dem neuen Mittel verbunden ist, hervorgerufen werden. P. Unna jun.-Hamburg.

A Summary of Recent Developments in the Chemistry of Leprosy Therapy (Übersicht über die neuere Entwicklung der chemischen Therapie der Lepra), von G. A. Perkins. (J. Philippine Isl. m. Ass., 1925, Bd. 5, Nr. 12, S. 369.) Übersichtsreferat über die in der Kolonie Culion zur Lepratherapie gebrauchten Öle. Die auf den Philippinen gebräuchliche Mercadomischung besteht aus Chaulmoograöl, Olivenöl, Kampfer, Resorzin und Äther. Außer den Chaulmoograölen wurden 15 verschiedene andere meist ungesättigte Öle angewandt, von denen jedoch keins die spezifische Wirksamkeit der Chaulmoograöle auf säurefeste Bazillen aufwies. P. Unna jun.-Hamburg.

The Effect on Leprosy of Certain Oils Not in the Chaulmoogra Group (Die Wirkung verschiedener nicht zur Chaulmoograölgruppe gehörenden Öle auf Lepra), von B. de Vera. (J. Philippine Isl. m. Ass., 1925, Bd. 5, Nr. 12, S. 374.) Es handelt sich um 1. stark ungesättigte Öle: Dorschlebertran und seine Ester; 2. mäßig ungesättigte Öle: Soyabohnenöle und deren Ester; 3. schwach ungesättigte Öle: reines Olivenöl und dessen Ester und 4. gesättigte Öle: Kokosnußöl und Ester. Mit diesen Ölen wurde wöchentlich eine intramuskuläre Injektion gemacht. Je ungesättigter das Öl, um so deutlicher war der therapeutische Effekt. Mit der Wirksamkeit der Chaulmoograöle war diese Wirkung nicht zu vergleichen. Die Muirsche Lipasetheorie findet durch diese Versuche keine Stütze. Keins der untersuchten Öle kann zur Leprabehandlung empfohlen werden. Die Wirksamkeit der Chaulmoograöle beruht wohl auf ihrer chemischen Konstitution, vielleicht auf der eigentümlichen geschlossenen Ringform der Molekularstruktur. Durch sorgfältige Reinigung und Zusatz von geringen Dosen Jod und Kreosot lassen sich die Reizungen vermeiden.

P. Unna jun.-Hamburg.

Tuberkulose

Der Weg zur Frühdiagnose der Tuberkulose, von G. Gellner, Mikrobiol. Univ.-Inst. Brünn. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 99, H. 4/5, S. 234.) Zur frühzeitigen Erkennung der Tuberkulose wird folgendes Verfahren, das seit 3 Jahren an vielen Hunderten Seren geprüft wurde, empfohlen: Man setzt 3 Reihen mit je 5 Röhrchen an. In die ersten 12 Röhrchen gibt man 0,1 ccm nicht erhitztes Serum, in die letzten 3 Röhrchen 0,1 ccm Hirudinplasma. Sodann beschickt man die ersten Röhrchen aller 3 Reihen mit je 0,4 ccm phys. NaCl-Lösung, die zweiten Röhrchen mit je 0,4 ccm des im Verhältnis 1:80 verdünnten Antigens nach Bordet-Ruelens, die dritten Röhrchen mit je 0,4 ccm Methylalkohol 1:40, die vierten und fünften Röhrchen mit je 0,4 ccm Antigen nach Boquet-Nègre in der Verdünnung 1:40. Nach 18stündigem Aufenthalt der Röhrchen im Eisschrank bei 4° C setzt man der vordersten Reihe 0,25 ccm, der mittleren 0,5 ccm

Digitized by Google

und der letzten Reihe 1 ccm einer 2%igen Suspension nicht sensibilisierter Hammelblutkörperchen zu. Dann verfolgt man den Ablauf der Reaktion im Thermostaten bei 37° von 5 zu 5 Minuten. Letzteres ist erforderlich, um die bei Tuberkulose vorkommende Verzögerung der Hämolyse nicht zu übersehen. Eine positive Plasmareaktion mit einem Tuberkuloseantigen hat nur geringe diagnostische Bedeutung, eine negative dagegen schließt entweder mit Bestimmtheit eine tuberkulöse Erkrankung der Lungen aus oder zeigt an, daß der Organismus am Ende seiner Kräfte ist. F. Harry-Wiesbaden.

Über eigenartige Reaktionsweisen des tuberkulösen Organismus, von R. Volk und S. R. Brünauer, Allg. Krkhs. Wien. (W. m. W., 1926, Nr. 31, S. 947.) Verff. beschreiben mehrere Krankheitsfälle, in denen sich bei Individuen mit vorhandener Hauttuberkulose — Skrofuloderm, Lupus vulgaris — auf dem Boden einer intrakutanen Alttuberkulininjektion klinische Erscheinungsformen von dem Charakter des Grundleidens der Haut zeigten, also skrofuloderme bzw. lupoide Veränderungen, die auch histologisch eine vollständige tuberkuloide Struktur aufwiesen. In einem weiteren Falle fand sich auch auf der Stelle eines pyogenen Eiterprozesses bei einem Lupuskranken Entwicklung eines lupösen Herdes. Vielleicht handelt es sich hier um das Manifestwerden einer hämatogenen Aussaat auf präformiertem Boden, vielleicht aber auch um eine für einen Lupuskranken charakteristische lupöse Reaktionsform der Haut auf einen beliebigen fremden Reiz. In einem weiteren Falle wird auf das Vorkommen von juxtaartikulären Knoten hingewiesen, die ebenso wie hier bei Tuberkulose in anderen Fällen bei anderen Grundkrankheiten vorkommen können, so daß hier wie überall in der Dermatologie der Satz gilt, daß gleiche Krankheitsprodukte bei vorhandener Disposition durch die verschiedensten ätiologischen Momente verursacht werden können. E. Langer-Berlin.

Das Vorkommen von Lungentuberkulose bei Lupus vulgaris, von G. v. Seutter, Lupusheilstätte Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 37, S. 1042.) Die Stellung der Haut bei der Immunisierung ist umstritten. Die Erfolge der subkutanen Schutzpockenimpfung und des Masernrekonvaleszentenserums widersprechen einer besonderen Leistung der Haut beim Immunisierungsvorgang. Auch das seltene Vorkommen bösartiger Lungentuberkulose bei Lupus ist kein Beweis für eine besondere Leistung der Haut. Es ist eher anzunehmen, daß die Hauttuberkulose bei abgeschwächter Tuberkulose aufzutreten pflegt, wofür auch spricht, daß oft bei Lupus gutartige Lungenprozesse oder andere tuberkulöse oder skrofulöse Erkrankungen vorher bestanden. F. Rosenthal-Berlin.

Tuberculoses multiples superficielles (Multiple oberflächliche Tuberkulosen), von Armand-Delille. (J. de Méd. de Paris, 1926, Nr. 37, S. 767.) Die Arbeit beschäftigt sich mit verschiedenen bei Kindern beobachteten oberflächlichen Tuberkulosemanifestationen. Lupus gleicht in seinen Erscheinungen dem des Erwachsenen, er kann durch Infektion vom Blutwege aus entstehen oder durch örtliche Inokulation bei allergischem Zustande der Haut. Das Dariersche Tuberkulid ähnelt dem Strophulus; Kinder mit langdauerndem Strophulus ohne urtikarielle Erscheinungen sind stets auf Tuberkulose verdächtig. An den Genitalien findet sich Tuberkulose häufig, besonders bei Knaben nahe der Pubertät, Epididymitis, isoliert oder mit anderen Tuberkulosemanifestationen kombiniert. Dabei ist Operation kontraindiziert. In Betracht kommt bei allen Formen besonders Heliotherapie. E. Levin-Berlin.

Aktive Immunisierung gegen Tuberkulose durch intrakutane Einreibung virulenter Tuberkelbazillen, von A. Moeller-Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 39, S. 1647.) Verf. hat nach einem günstig verlaufenen Selbstversuch 15 Patienten intrakutan mit vollvirulenten Tuberkelbazillen in etwa 14tägigen Intervallen behandelt. Subjektiv hob sich das Allgemeinbefinden, das Körpergewicht nahm zu, die Nachtschweiße verschwanden, der Auswurf wurde dünnflüssiger oder spärlicher, der Gehalt an Mikroorganismen nahm ab. Fieber oder akute Reaktionen traten nie auf. Röntgenologisch wurde Besserung des Lungenbefundes erzielt. Besonderes Interesse beanspruchen die guten Resultate bei tuberkulosegefährdeten Fällen. Sie sind alle tuberkulosefrei geblieben.
F. Harry-Wiesbaden.

Über tuberkulöse Hauttumoren, von W. Richter, Chir. Univ.-Kl. u. Polikl. Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 40, S. 1675 und Nr. 41, S. 1725.) Die Diagnose und Klassifizierung der verschiedenen Krankheitsbilder bereitet oft große Schwierigkeiten. In 2 Fällen, die ein Krankheitsbild aufwiesen, das dem von Heyde als Tuberculosis cutis serpiginosa ulcerativa beschriebenen entspricht, konnte die Diagnose erst ex juvantibus (refraktäres Verhalten gegenüber antiluetischer Behandlung) und durch Tierversuche gestellt werden. In einem anderen Fall handelte es sich um eine Tuberculosis cutis polyposa. Ein weiterer Fall zeigte ein Krankheitsbild, das der Tuberculosis cutis framboesi-

Digitized by Google

formis entsprach und karzinomatös entartete. Schließlich wurde ein Fall von Tuberculosis cutis framboesiformis lymphangiectatica beobachtet. Die Erkrankung wurde wegen Mitbeteiligung der kleinen und großen Lymphgefäße so benannt. Sie steht dem Lupus lymphangiectaticus sehr nahe, doch fehlen die Lupusknötchen.

F. Harry-Wiesbaden.

Erythème noueux et tuberculose (Erythema nodosum und Tuberkulose), von K. Rachid. (Presse méd., 1926, Nr. 69, S. 1095.) Verf. behauptet, daß das Erythema nodosum eine spezifische Reaktion der Haut und des Unterhautzellgewebes auf den Tuberkelbazillus bei dessen erstem Eindringen in den Organismus sei. Er hat in fast $^2/_3$ seiner Fälle schwere tuberkulöse Erkrankungen der von Erythema nodosum befallenen Kinder nachfolgen sehen in Gestalt von Drüsenerkrankungen, Pleuritis, Meningitis, Arthritis und Peritonitis. F. Rosenthal-Berlin.

Tuberculosis verrucosa Treated by Ultra-Violet-Radiation and Associated with Unsuspected Trichinosis (Beschreibung eines Falles von Tuberculosis cutis verrucosa, der mit Ultraviolettlicht behandelt wurde und bei dem unerwarteterweise eine Trichinose bestand), von M. Weinbren und H. K. Graham-Hodgson. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5369, S. 174.) Es handelt sich um einen Patienten, der sich an der Leiche infiziert hatte und an dessen Unterarm eine Tuberculosis cutis verrucosa entstand. Bei einer Röntgendurchleuchtung zeigten sich in der Muskulatur zahlreiche verkalkte Trichinen. Die Hauttuberkulose heilte unter allgemeiner und lokaler Lichtbehandlung.

J. Callenberg-Horst-Emscher.

Traitement du lupus tuberculeux par les caustiques chimiques (Behandlung des Lupus mit chemischen Ätzmitteln), von J. du Castel. (J. de Méd. de Paris, 1926, Nr. 38. S. 792—794.) Therapeutischer Überblick. Nichts Neues. E. Levin-Berlin.

Weitere Erfahrungen mit Kupfer-Dermasan in der Lupusbehandlung, von G. Bettin-Godesberg. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 20, S. 671.) Zur Linderung der Schmerzhaftigkeit schlägt Verf. häufigeren Verbandwechsel (eventuell mehrmals täglich) und Beginn mit geringeren Konzentrationen vor. Nach Entfernung aller sichtbaren Lupusherde oder nach chirurgischer Entfernung soll noch eine Zeitlang mit Kupferdermasan weiterbehandelt werden, um auch noch eventuell unsichtbare Reste in den Randpartien zu erfassen. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Syphilis

b. Pathologie und Klinik

Zur Frage der latenten Lues, von M. Szántó-Budapest. (Orvosi Ujság, 1926, Nr. 11.) Verf. stellt fest, daß in Budapest in den letzten Jahren die Zahl der frischen Syphilisfälle auffallend abgenommen hat, was er der großen Verbreitung der Anwendung des Salvarsans und Bismuts zuschreibt. Die chronisch-intermittende Kur vom alten Typus wurde mindestens 3 Jahre hindurch fortgesetzt, die Nachkommen der Luetiker wurden Jahrzehnte hindurch ärztlich beobachtet, ohne daß kongenitale Lues zu finden war. Verf. nimmt an, daß infolge Vererbung der Antikörper von Syphilitikern der aufsteigenden Generation das syphilitische Virus an Kraft abgenommen habe.

K. v. Berde-Szeged.

La fièvre dans la syphilis (Fieber bei Syphilis), von M. Roch-Genf. (Revue méd. Suisse rom., 1926, Nr. 12/13, Nr. 792.) Zusammenstellung der bei Lues vorkommenden Fieberarten. Bekanntlich kommt Fieber in allen Stadien vor. Eine Sonderstellung nimmt die von Fournier beschriebene „Typhose syphilitique" ein. Sonst bringt die Arbeit nichts Neues. H. Lippert-Köln.

Typhose syphilitique tardive (Spätluetische „Typhose"), von M. Roch und J. Mozer-Genf. (Revue méd. Suisse rom., 1926, Nr. 12/13, S. 806.) Kasuistischer Beitrag zu diesem von Fournier beschriebenen Krankheitsbild. H. Lippert-Köln.

Professionelle syphilitische Erkrankungen beim ärztlichen Personal, von Faingold. (Prophylactitscheskaja Medicina, 1926, Nr. 9.) Verf. berichtet über folgende Fälle: 1.—3. Fingerschanker bei einem Arzt (Chirurg), Feldscher (Heilgehilfe) und einer Hebamme; 4. Handrückenschanker bei einer Hebamme; 5. Stirnschanker bei einem Venerologen, welcher die Gewohnheit hatte, die harten Schanker mit seinen ungeschützten Fingern zu palpieren. A. Jordan-Moskau.

Subcutaneous Fibroid Syphilomata. A Rare Manifestation of Late Syphilis (Subkutane fibroide Syphilome. Eine seltene Lokalisation der Spätsyphilis), von C. Worster-Drought-London. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5378, S. 637.) 27jähr. Frau bekommt an

Digitized by Google

der ulnaren Fläche beider Unterarme langsam sich entwickelnde, symmetrisch angeordnete Knötchen, die hart und auf der Unterlage nicht verschieblich sind. Keine Bewegungsstörung, keine Knochenveränderungen. Histologisch fibromatöse Infiltration mit perivaskulären Entzündungsherden. WR +. Das Bild wird als subkutanes fibroides Syphilom gedeutet. Diese Erkrankungsform beobachtet man bei Leuten zwischen 27 und 60 Jahren (Verf. sah 3 Männer und 6 Frauen). Der einzelne Knoten ist erbsen- bis nußgroß. Sitz gewöhnlich Ulnarfläche der Unterarme, wobei die größeren Knoten dem Olekranon zunächst sitzen. Man findet sie auch an Knie- und Knöchelgegend. Die Knoten selbst sind oval oder rund, hart, schmerzhaft, Haut darüber verschieblich. WR immer ++++, jedoch kein Spirochätenfund. Auf antiluetische Behandlung baldige Heilung. Differentialdiagnostisch ist an juxta-artikuläre Knoten und syphilitische Bursitis zu denken.

H. Colman-Berlin.

Zur Frage der Nodositas juxtaarticularis Lutz-Jeanselme, von Olessow. (Russkaja Klinika, 1926, Bd. 6, Nr. 28.) Bericht über 3 Fälle von juxta-artikulären Nodositäten über den Ellenbogengelenken bei zwei Männern von 32 und 63 Jahren und einer Frau von 27 Jahren, die alle nur in Zentral-Rußland gelebt hatten. Bei zwei der Kranken fanden sich gleichzeitig syphilitische Hautausschläge, und zwar in einem Fall eine Roseola tardiva, im andern ein papulo-tuberkulöses Syphilid. Im dritten Fall fehlten zwar Zeichen von Syphilis, und die WR war negativ, wurde aber nach einer Probeinjektion von Neosalvarsan schwach positiv, so daß auch dieser Fall als syphilisverdächtig angesehen werden muß. Die histologische Untersuchung einer Nodosität im Fall von gleichzeitig bestehender Syphilis ergab die Zeichen eines Riesenzellen enthaltenden tuberkuloiden Syphilids.

A. Jordan-Moskau.

Über spezifische Gefäßerkrankungen, von F. Moritz-Köln. (M. m. W., 1926, Nr. 31.) Eine wirksame Behandlung der Aortensyphilis kann nur bei Feststellung der Krankheit ganz zu Beginn erreicht werden. Das wichtigste diagnostische Zeichen ist der Pulsus diff. an den Karotiden oder an den Radialarterien. Ein ebenso charakteristisches Alarmzeichen ist die Akzentuation des zweiten Aortentons, wenn sie nicht mit erhöhtem Blutdruck verbunden ist. Klagen über substernales Druckgefühl und Brennen werden zumeist nicht spontan vorgebracht. Aortitis tritt bei Männern doppelt so oft wie bei Frauen auf, gewöhnlich zwischen dem 41.—60. Lebensjahr. Das Fehlen der WR ist kein Gegengrund zur Diagnose, sie fehlt in etwa $^1/_8$ der Fälle. Tabeskranke Frauen neigen mehr zur Erkrankung der Aortitis als tabeskranke Männer. Die Behandlung mit Salvarsan, Bismut und Jodkali soll sich möglichst über 3—4 Jahre erstrecken.

F. Rosenthal-Berlin.

Artérites syphilitiques multiples. Oblitération de la sous-clavière; tardivement la circulation du membre correspondant redevient presque normale (Multiple syphilitische Arteriitis. Obliteration der Subklavia; die Zirkulation des entsprechenden Gliedes wird langsam wieder fast normal), von L. M. Bonnet. (Lyon Méd., 1926, Bd. 138, Nr. 31, S. 123—129.) 4 Jahre nach dem Beginne einer wenig behandelten Syphilis Arteriitis der unteren Extremitäten, unter starken Schmerzen auftretend, durch Jod geheilt; 4 Jahre später akut mit krisenartigem Schmerz einsetzende Arteriitis der rechten Subklavia, nach 2 Monaten stärkerer und länger dauernder Anfall. In der Folge intermittierendes Hinken, Schwinden des Pulses an den großen Gefäßen des rechten Armes. Nach einigen Jahren Besserung der Erscheinungen, so daß der Pat. in der Lage ist, den Krieg an der Front mitzumachen. 15 Jahre nach Beginn der Arteriitis ist der Puls, wenn auch ein wenig schwächer als links, gut fühlbar, es besteht noch geringes Kribbeln. Der Fall zeigt die Eigentümlichkeit der Syphilis, gewisse Gewebe ausschließlich zu befallen. Daß es sich um eine syphilitische Arteriitis handelte, ist sicher, ebenso besteht kaum ein Zweifel an der Obliteration der Subklavia; das Wiederauftreten des Pulses dürfte nicht auf einer Beseitigung des Hindernisses (Tunnelierung des Thrombus), sondern auf einer allmählichen Erweiterung des kollateralen Kreislaufes beruhen.

E. Levin-Berlin.

Les dystrophies aortiques dans leurs rapports avec la syphilis (Beziehungen der Aortenatrophie zur Syphilis), von M. Letulle, Laignel-Lavastine und J. Heitz. (Pr. méd., 1926, Nr. 69, S. 1089.) Ein 29jähr. Mann, 1,70 m groß, leidet infolge kongenitaler Syphilis an hochgradiger Atrophie der Hoden und des Penis. Er erkrankt an einer tödlich verlaufenden Pneumonie. Bei der Sektion findet sich eine auffällig schmale Aorta desc. mit einem Durchmesser von 14 mm, während der normale Durchmesser etwa 18 mm beträgt. Histologisch bestehen typische mesaortitische Veränderungen; bei der chemischen Untersuchung findet sich wenig mehr als die Hälfte des normalen

Digitized by Google

Cholestearingehaltes der Aortenwand. Ähnliche Aortenveränderungen kamen bei einer 32jähr. Frau und einem 29jähr. Manne vor, die plötzlich während einer Operation bzw einer Anstrengung an Aortenruptur zugrunde gingen, ohne daß ein Aneurysma bestand
F. Rosenthal-Berlin.

Die Häufigkeit der luetischen Organveränderungen, insbesondere der Aortitis luetica, von E. Langer, Derm. Abt. Rud.-Virchow-Krkhs. Berlin. (M. m. W., 1926. Nr. 43, S. 1782.) Statistische Auswertung von 70000 Sektionsprotokollen. Die Aortenlues hat sich in den letzten 20 Jahren um das Dreifache vermehrt. Verf. gewinnt den Eindruck, daß die zunehmende Intensität der Behandlung nicht der richtige Weg ist. Eine möglichst milde, die Abwehrkräfte des Organismus unterstützende Behandlung hat an ihre Stelle zu treten.
H. Lippert-Köln.

Spontangangrän bei Luetikern, von F. Kazda, Chir. Abt. Allg. Poliklinik Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1926. Bd. 199, H. 1/2, S. 74—95.) Die vielfach erörterte und in vorschiedenem Sinne beantwortete Frage, ob durch die Syphilis Gefäßveränderungen hervorgerufen werden können, die zur Gangrän führen, wird an der Hand zweier einschlägiger Fälle erörtert und bejaht. Pathologisch-anatomisch handelt es sich dabei um multiple Gefäßwandgummen oder um Lymphozyten- und Plasmazelleninfiltrate in der Media und Adventitia. Charakteristisch für den Krankheitsverlauf sind kurzdauernde Prodrome angiospastischer Natur bei einem Luetiker, Schmerzanfälle, oft heftig und neuralgischer Art, schubweises Auftreten der objektiven Veränderungen bzw. Nebeneinanderbestehen von Gangrän und Ulkus, rasch wechselnder Koloritwechsel der befallenen Extremität in ihren befallenen Teilen, gleichzeitiges Befallensein mehrerer Extremitäten. relative Benignität des Prozesses. Die Fälle scheinen häufiger zu sein, als im allgemeinen angenommen; die Prognose ist bei energischer Behandlung günstig.
E. Levin-Berlin.

Fieberhafte Leberlues, von A. Flater-Stettin. (M. Kl., 1926, Nr. 44, S. 1684—1685.) Pat., dem von früherer Syphilis selbst nichts bekannt war, litt seit längerer Zeit an Magenbeschwerden, später Fieberanfälle mit Schüttelfrösten, Schmerzen in der Gallenblasengegend. Bei der Operation fanden sich an Stelle der angenommenen Gallenblasenerkrankung Lebergummen; auf antisyphilitische Behandlung Heilung.
E. Levin-Berlin.

Syphilitische Dünndarmstriktur, von R. Hinz, Chir. Abt. Krkhs. Köpenick. (Arch. f. kl. Chir., 1926, Bd. 141, H. 3, S. 494.) Mitteilung eines sehr interessanten Falles einer Dünndarmstriktur, die bei einem 56jähr. Pat. operativ beseitigt wurde; Lues war 24 Jahre (1902) vorher akquiriert worden. 1915 traten Darmblutungen auf, dann jahrelang Perioden wechselnder Obstipation und Diarrhöen. Seit 2 Jahren Verdacht auf Darmstenose; wiederholte Gallenkoliken. Allmählich völliger Darmverschluß. Bei der Operation wurde akute Gallenblaseneiterung mit Steinen, daneben eine derbe, enge Striktur des unteren Ileums mit gleichzeitiger ausgedehnter blutiger Infiltration im zugehörigen Mesenteriums festgestellt. Resektion des unteren Ileums, teilweise Resektion der Gallenblase. Histologisch war in der Striktur nur einfaches, entzündliches Narbengewebe, auch in der Umgebung nirgends spezifisches Gewebe. Die Gefäße sind im Narbengewebe verengt, die größeren Arterien zeigen Intimawucherungen mit Wandsklerose, ohne spezifischen Charakter. Veränderungen, wie sie Eugen Fraenkel als spezifisch für Lues angibt, wurden nicht gefunden. Verf. entscheidet sich trotzdem per exclusionem und aus dem klinischen Verlauf für Lues.
M. Cohn-Dresden.

Syphilis der Nieren und Lungen, von Burmin. (Westnik Sowremennoi Medicini, 1926, Nr. 9.) 47jähr. Mann, vor 10 Jahren Ulcus penis, jetzt Affektion der Lungen und der Nieren. Keine Tuberkelbazillen. WR ++++. Günstiger Erfolg durch spezifische Kur.
A. Jordan-Moskau.

Die Bedeutung der orthostatischen Albuminurie für die Syphilis und die Syphilisbehandlung, von J. Zubert-Stuttgart. (Zbl. f. inn. Med., 1926, Nr. 42, S. 1001.) Im Gegensatz zu jenen nicht seltenen Albuminurien bei Syphilitikern, die eine orthostatische Albuminurie vortäuschen, ohne es zu sein, beschreibt Verf. eine echte orthostatische Albuminurie bei einem 20jähr. Mann mit Primäraffekt. Für die bisherige Auffassung der orthostatischen Albuminurie als rein funktionelle Erkrankung spricht der Fall insofern, als die Albuminurie weder durch die Syphilis selbst noch durch die angewandten, recht hohen Salvarsangaben irgendwie beeinflußt wurde. Die Syphilis kommt als Ursache für die echte orthostatische Albuminurie nicht in Betracht; umgekehrt braucht die orthostatische Albuminurie nicht als Disposition für eine eventuelle syphilitische Nierenschädigung angesehen zu werden.
F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Rein polykystique et syphilis (Zystenniere und Syphilis), von Favre, Bonnamour, Doubrow und Bouysset. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 25, S. 471.) Außer dem Bilde der Zystenniere ist histologisch Endarteriitis mit vollständiger Verlegung des Gefäßlumens in den Nierenschnitten nachzuweisen. Es handelt sich um eine Patientin, bei der autoptisch außer der Zystenniere eine Lungensyphilis festgestellt wurde.

A. Holländer-Bielefeld.

Über Spezifität der Nephritis der Luetiker, von G. Doros-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1926, Nr. 44.) Von 420 Luesfällen der Dermatologischen Universitätsklinik in Budapest hatten 2,3% Nierenläsionen. Von Nierenkranken waren 20,4% luetisch. Die Symptome waren Albuminurie, manchmal mit leichten Ödemen, Kreuz- und Kopfschmerzen verbunden. Die Albuminurie verschwand durch die Behandlung in 1—2 Tagen, manchmal dauerte sie wochenlang. Oligurie kam kaum vor. Hyaline und granulierte Zylinder, selten Lipoidzylinder, zeigten sich, und hier und da Blutelemente. Blutdruck war normal und seitens des Gefäßsystems keine Komplikationen. Die Nierenschädigungen treten mit dem Exanthem zumeist zugleich auf als Zeichen syphilotoxischer Irritationen. Wenn sie während der Behandlung auftreten, sind sie als Herxheimersche Erscheinungen zu betrachten.

M. Porosz-Budapest.

Syphilis du testicule (Syphilis des Hodens), von E. Marcel. (Presse méd., 1926. Nr. 60, S. 954.) Die — besser gesagt — Orchi-Epididymitis luetica findet sich bei Lues II kaum diagnostizierbar, subakut, mit minimalen Erscheinungen, häufig zur Azoospermie führend. Bei der Lues III (typisch) knotig, unempfindlich, manchmal an einen echten Tumor erinnernd. Als Hydrozele specifica bei der Lues hereditaria der Säuglinge. Dagegen bei der Lues hereditaria tarda wie bei Lues III acquisita. Bei jedem Tumor im Skrotum an Lues denken und umgekehrt bei jeder Lues auf spezifische Orchi-Epididymitis achten! Nie ohne erschöpfende Differentialdiagnose operieren!

H. Colman-Berlin.

Zur Kasuistik der syphilitischen Affektionen der Bindehaut des Auges, von Talkowski. (Russki Ophtalmologitscheski Journal, 1926, Bd. 5, Nr. 6.) 8 Jahre nach der syphilitischen Infektion aufgetretene Papeln auf der Konjunktiva.

A. Jordan-Moskau.

Des oto-mastoidites banales chez les syphilitiques (Die banalen Mastoiditiden bei Syphilitikern), von P. Truffert. (Paris méd., 1926, Nr. 36, S. 193—194.) Banale Mastoiditiden nehmen bei Syphilitikern einen schleppenden Verlauf, neigen zu Fistelbildung.

E. Levin-Berlin.

Untersuchungen über die Sonderstellung des Nervensystems zur Spirochäteninfektion, von F. Plaut, Deutsche Forschungsanst. f. Psych., Kaiser-Wilhelm-Institut München. (M. m. W., 1926, Nr. 38, S. 1552.) Bisher galten Kaninchen als gemeinhin praktisch immun gegenüber der Rekurrensinfektion. Verf. konnte aber Kaninchen durch subokzipitale Rekurrensimpfung erfolgreich infizieren. Die Spirochäten haften primär im Nervensystem unter Auftreten von Meningitis und Nachweis der Erreger im Liquor, eventuell auch im Blut. Die Infektion kann allein aufs Nervensystem beschränkt bleiben. Bei Überimpfung von Gehirn, Leber, Milz, Liquor, Blut eines Kaninchens erkrankten nur die mit Gehirn geimpften Mäuse an Rekurrens. Intraperitoneale Rekurrensimpfung von Kaninchen bewirkt ausschließlich Eindringen der Spirochäten ins Nervensystem, wo die Infektion haftet, ohne Liquorveränderungen herbeizuführen. Es ist also erwiesen, daß das Nervensystem beim Kaninchen von der natürlichen Immunität im Gegensatz zu den anderen Organen ausgeschlossen ist.

H. Lippert-Köln.

Cerebral Syphilis, Convulsions, Death (Gehirnsyphilis, Krämpfe, Tod), von N. M. Goodman. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3423, S. 302.) Ein 45jähriger, sonst anscheinend stets gesunder arbeitsfähiger Gutsarbeiter, Vater von 7 gesunden Kindern, erkrankte nach achttägigem leichtem Unwohlsein morgens beim Aufstehen mit Krämpfen klonischer und tonischer Art und zunehmendem Sopor. Sonstiger Befund negativ. Behandlung mit Morphium und Hyoszin subkutan, Venaesectio (560 ccm), Kalomel (0,06). Tod erfolgte 15 Stunden nach der ersten Untersuchung. WR stark positiv. Sektion verweigert.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Prophylaxe der Syphilis des Zentralnervensystems, von Solnzeff. (Westnik Sowremennoi Medicini, 1926, Nr. 8.) Verf. rät aus prophylaktischen Gründen zu zweimaliger Untersuchung der Spinalflüssigkeit bei Syphilis, und zwar 2—3 Jahre nach der Infektion und dann alle 10 Jahre einmal.

A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Echte Neurorezidive und deren Beziehung zu Metalues. von A. Friedmann. Univ.-Hautkl. Jena. (M. m. W., 1926, Nr. 43, S. 1795.) Mattauschek hatte behauptet, daß Neurorezidive der Ausdruck gesteigerter Abwehrkraft des Organismus seien und dementsprechend solche Fälle keine Metalues bekämen. Verf. publiziert zum Gegenbeweis einen Fall, der nach typischem Neurorezidiv infolge verzettelter Behandlung später in eine typische progressive Paralyse überging. H. Lippert-Köln.

Evolution comparée des réactions humorales et des symptomes cliniques chez les paralytiques généraux (Vergleich zwischen dem Verlaufe der Liquorreaktionen und den klinischen Symptomen bei Paralytikern), von A. Sézary und A. Barbé. (Paris méd., 1926, Nr. 40, S. 258—265). Beobachtungen an insgesamt 142 Kranken. Bei den unbehandelten Fällen konnten keinerlei Beziehungen zwischen geistigen Veränderungen und WR, Leukozytose, Albuminose nachgewiesen werden. Von den verschiedenen zur Anwendung gekommenen Mitteln hat nur Stovarsol einen sichtbaren Einfluß auf die Krankheitserscheinungen ausgeübt. Die Liquorveränderungen gehen bei allen Behandlungen in ausgesprochenerem und anhaltenderem Maße zurück, als es spontan bei nicht behandelten Kranken der Fall ist. Sie wurden aber in keinem Falle normal, und die Besserung des Liquors fiel durchaus nicht regelmäßig mit klinischer Besserung zusammen. Ähnliches wurde auch bei der Malariabehandlung beobachtet. Es folgt daraus die sekundäre Bedeutung der Rolle der Meningitis in der Pathogenese der progressiven Paralyse. Aus der Besserung der Liquorveränderungen dürfen keine Schlüsse auf den therapeutischen Einfluß eines Medikamentes gezogen werden. Ferner geht daraus hervor, daß durch Behandlung erzielte Besserungen nicht als Heilungen, sondern nur als verlängerte Remissionen betrachtet werden dürfen. Allerdings werden derartige Besserungen ohne Stovarsol und Malaria nicht beobachtet. E. Levin-Berlin.

Ergebnisse der Herzsektion bei 350 Paralytikern und 15 Tabikern, von Ostmann, Landesheilanst. Schleswig. D. m. W., 1926, Nr. 37, S. 1554.) Die Sektionen ergaben, daß pathologische Herzbefunde in weit größerem Maße vorhanden waren, als nach den Krankengeschichten anzunehmen war, und daß Mesaortitis syphilitica häufiger bei den mit Salvarsan als den ohne Salvarsan behandelten Patienten gefunden wurde. F. Harry-Wiesbaden.

Die Tabes von heute, von K. Pándy-Budapest. (Gyógyászat, 1925, Nr. 50.) Verf. sieht die Symptome der Tabes in einer Ischämie der Arter. spinalis post. Supraspinale Störungen (Ptosis, Schwindel, Kopfschmerz) sind häufig Zeichen der Syphilis, doch deuten sie nicht auf Erkrankungen der Rückenmarkshinterstränge hin. Extraspinale Symptome sind die Dyssynkinese der Augen. Bei 87% seiner Tabesfälle fand Verf. eine Livedo racemosa. Im Anfangsstadium der Tabes ist nur eine Zirkulationsstörung mit funktionellen Ausfällen vorhanden, welche erst im Laufe von Jahren in Atrophie der Hinterstränge übergeht. Für die beste Therapie hält er die Verabreichung von Jod in kleinen Dosen, 3—5 cg pro die, und Vermeiden der Gefäßgifte (Nikotin, Alkohol usw.). M. Porosz-Budapest.

Beiträge zur Kasuistik und Beurteilung kindlicher Tabes bei kongenitaler Lues, von L. Lilienthal und H. Lange. (M. Kl., 1926, Nr. 43, S. 1647—1648.) 3 Fälle von sicherer Tabes infantilis bei kongenitaler Lues, die sämtlich zuvor ungenügend behandelt waren. Der Verlauf ist ein sehr protrahierter und bei genügender Behandlung verhältnismäßig günstiger. Erforderlich ist sichere Diagnosenstellung, besonders zur Abgrenzung von der Friedreichschen Krankheit. E. Levin-Berlin.

Twenty-Five Years of Congenital Syphilis in Boston. A Statistical and Comparative Study (25 Jahre kongenitaler Syphilis in Boston), von Ph. H. Sylvester-Boston. (J. Am. Med. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 5, S. 298.) In einer statistischen und vergleichenden Arbeit erörtert der Verf. die Ergebnisse systematischer Bekämpfung der kongenitalen Syphilis vom 1. I. 1901 bis 31. XII. 1925 am Children's und Infants Hospital in Boston. Aus einer Gesamtzahl von 1446 Fällen kommt er an 581 Fällen, die für statistisch-vergleichende Erfassung allein die nötige Vorbedingung boten, zu folgenden Ergebnissen: Die WR, die Salvarsantherapie, zusammen mit der Ausgestaltung spezialistischer Schulung und mit Fortschritten der sozialen Fürsorge haben zweifelsfrei bewirkt, daß Mortalität und Morbidität der Lues congenita befriedigend abgenommen haben, allerdings nur in den Fällen, die 5 Wochen bis 2 Monate nach der Geburt in Behandlung kamen. F. Jacobsohn-Berlin.

Ein Fall kongenitaler Lues bei eineiigen Zwillingen, von F. Weiss, Deutsche Univ.-Kinderkl. Prag. (Arch. f. Kindhlk., 1926, Bd. 79, H. 1, S. 18.) Sicher eineiige Zwillinge, die während der ersten Lebensmonate hinsichtlich ihres Aussehens, Gedeihens,

Digitized by Google

ihrer Ernährung und ihres Verhaltens gegenüber exogener Infektion (Diphtherie) gleiche Verhältnisse darboten, zeigten im Alter von 5 Monaten Erscheinungen kongenitaler Syphilis. Die Manifestationen erfolgten zu dem gleichen Zeitpunkt und äußerten sich in beiden Fällen zuerst in einem blutigen Schnupfen mit spirochätenhaltigem Sekret. Auffallenderweise standen bei dem einen Zwilling mehr Hauterscheinungen, bei dem anderen eher viszerale Symptome (Milz- und Leberschwellungen) im Vordergrunde. Der Zwilling ohne viszerale Erscheinungen erliegt schließlich einer Lungenentzündung. Die Sektion ergibt nur eine leichte diffuse Hepatitis, aber keine Veränderungen der Knochen-Knorpelgrenzen. R. Ley-Kreuznach.

Zur Frage der kongenital-luetischen Aorteninsuffizienz, von F. Reiche, Allg. Krkhs. Hamburg-Barmbeck. (Kl. W., 1926, Nr. 37, S. 1711.) An Hand eines Falles bespricht Verf. die im Thema angedeutete Frage. Bei allen jugendlichen Patienten, die eine verhältnismäßig seltene Aortitis zeigen, muß man daran denken, daß die Erkrankung auf kongenitaler Grundlage beruhen kann. Im vorliegenden Falle hatte die Mutter ebenfalls an einer spezifischen Aortitis gelitten, und Verf. stellt die Möglichkeit einer gewissen Organdisposition zur Diskussion. E. Langer-Berlin.

Mongolisme et hérédo-syphilis (Mongolismus und kongenitale Syphilis), von L. Babonneix. (Gaz. des hôp., 1926, Nr. 74, S. 1189—1192.) In 4 Fällen glaubt Verf. kongenitale Syphilis, im wesentlichen allerdings nur auf Grund beim Vater nachgewiesener Syphilis, annehmen zu können. Die Genese des Mongolismus ist dadurch allerdings auch nicht weiter geklärt. E. Levin-Berlin.

Syphilitische Pseudolähmung, von Engel-Dortmund. (D. m. W., 1926, Nr. 33, S. 1393.) Aus der Konsiliarpraxis. Ein 6 Wochen altes Kind erkrankte plötzlich an einer Lähmung des rechten Armes. Gleichzeitig bestand erhöhte Temperatur, so daß Osteomyelitis vermutet wurde. Durch Röntgenaufnahme wurden typische periostitische Veränderungen, namentlich im unteren Teil des Humerus, festgestellt. Der linke Unterarm zeigte geringe Osteochondritis. Diagnose: Syphilitische Pseudolähmung (Parrot). WR und MTR positiv. Als Fieberquelle konnte eine mäßige Pharyngitis festgestellt werden. Der Fall lehrt, daß trotz Fehlens jeglicher Erscheinungen Syphilis bei Säuglingen vorhanden sein kann. F. Harry-Wiesbaden.

Radiodiagnostic de la syphilis tardive ou héréditaire. Les ostéites de la table interne du crâne (Röntgendiagnostik der hereditären und Spätsyphilis. Die Knochenveränderungen der Tabula interna des Schädels), von A. Léri und P. Cottenot. (Presse méd., 1926, Nr. 51, S. 801.) Es ist sehr schwer, ja unmöglich, eine angeborene oder erworbene Spätlues zu diagnostizieren, wenn jegliches klinische und serologische Zeichen fehlt und die Anamnese im Stich läßt. In solchen Fällen führt oft das Röntgenbild durch den Nachweis spezifischer Knochenveränderungen der Tabula interna des Schädels zur Diagnose. Die spezifischen Knochenveränderungen manifestieren sich als ostales Gummi, als Ulzeration und als Hyperostose, vor allem diese Läsion gilt als typisch für Lues tardiva. Zahlreiche Krankengeschichten illustrieren die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Diagnose und Therapie der Spätlues. Th. Lilienstein-Hamburg.

Le diagnostic de la syphilis héréditaire par la radiographie des cartilages de la conjugaison (Die Diagnose der kongenitalen Syphilis auf Grund der Radiographie des Verbindungsknorpels), von M. Springer. (Presse méd., 1926, Nr. 73, S. 1159.) Verf. weist darauf hin, daß bei kongenitaler Syphilis der Verbindungsknorpel zwischen Diaphyse und Epiphyse, der in der Zeit des Wachstums sonst als heller Streifen im Röntgenbilde erscheint, Undurchsichtigkeiten aufweist. Meistens sieht man einen den Zwischenknorpel begrenzenden Strich von größerer oder geringerer Dicke. In anderen Fällen bildet die dunkle Zone direkt eine Brücke zwischen Epi- und Diaphyse; wiederum kommen auch einzelne Inseln vor, oder auch das helle Zwischenstück ist in seiner Totalität verdunkelt und sogar undurchsichtiger als das verknöcherte Gebiet. Diese abnormen Verkalkungsprozesse am Knorpel erklären das Auftreten von Zwergwuchs (bei vorzeitiger Verhärtung des Knorpels) und Riesenwuchs bei langem Weichbleiben des Zwischenknorpels der Gliedmaßen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Notes sur le fonctionnement d'une consultation de „dépistage, de prophylaxie et de traitement des maladies héréditaires" pendant l'année 1925 (Bemerkungen über die Tätigkeit eines Ambulatoriums zur Aufdeckung, Prophylaxe und Behandlung der angeborenen Krankheiten im Jahre 1925), von P. Viard. (Progr. méd., 1926, Nr. 35, S. 1307—1308.) Bericht über die Tätigkeit eines auf Grund privater Stiftung neu eingerichteten Ambulatoriums, soweit die kongenitale Syphilis in Frage kam. Der Kampf gegen diese erfordert eingehende Erforschung aller Zeichen und der

Digitized by Google

Behandlung und Prophylaxe bei allen irgendwie erreichbaren Familienmitgliedern. Es zeigte sich dabei der große Einfluß der kongenitalen Syphilis auf die Deszendenz der Familien (Meningitis). Die Durchforschung der Familien ergab das häufig wiederholt in verschiedenen Generationen festzustellende Auftreten organischer Erkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis, z. T. mit nachfolgender Tuberkulose). Als Zeichen der kongenitalen Syphilis ist von besonderer Wichtigkeit die Glossitis specifica, ferner Mißbildungen an Gaumen und Zähnen, Rachitis, Adenopathien. Die Behandlung erzielte gute Erfolge bei Graviden in bezug auf die Geburt gesunder Kinder. Methodische Untersuchungen der Blutformel ergaben bei kongenitaler Syphilis häufig Verminderung der roten Blutkörperchen um 2—3 Millionen; Lymphozytose mit Vorwiegen der Mononukleären bei ungefähr 45% der Fälle jenseits der ersten Kindheit bis zum erwachsenen Alter; Eosinophilie bei Kindern von 2—10 Jahren. E. Levin-Berlin.

Die Erkennung der Lues intra partum und ihre klinische und volkswirtschaftliche Bedeutung, von W. Baer, Frauenkl. Med. Akad. Düsseldorf. (Zbl. f. Gynäkol., 1926, Nr. 38, S. 2447.) Die an sich nicht leichte Diagnose wird um so schwerer, als bekanntlich bei infizierten graviden Frauen Sekundärerscheinungen vollkommen fehlen können. Zur Diagnosenstellung sind heranzuziehen: Veränderungen an Frucht und Eihüllen (Mazeration), Röntgenaufnahmen der Knochenveränderungen beim Neugeborenen (Osteochondritis und Periostitis ossificans) und die WR. Während diese beim Neugeborenen oft versagt, scheint die Gravidität für die Untersuchung des mütterlichen Blutes ein ganz besonders günstiger Zeitpunkt zu sein: Bei der nicht graviden latent Luetischen ist die WR in etwa 50% der Fälle positiv, bei der Entbindung dagegen oder kurz danach in 90—94%. Im Gegensatz zu anderen Untersuchern hat sich dem Verf. das Retroplazentarblut als durchaus brauchbar erwiesen. Nur darf der Zeitraum zwischen Blutentnahme und Anstellung der Reaktion nicht mehr als 3 Tage betragen. Auch die serologische Untersuchung der Milch gibt brauchbare Ergebnisse. Allerdings gibt die Reaktion in den ersten 4 Tagen nach der Entbindung häufig unspezifische Hemmungen und fällt bei Stillenden 14 Tage post partum stets negativ aus. Die günstigste Zeit für die Untersuchung ist demnach der 4.—14. Tag nach der Entbindung. Wichtigkeit der Behandlung in den ersten Schwangerschaftsmonaten: Von 100 nichtbehandelten Müttern wurden 46 tote Kinder geboren, von 100 behandelten dagegen etwa nur 10. Verf. tritt für einen Behandlungszwang ein, ähnlich wie ihn Dänemark eingeführt hat. F. Landauer-Berlin.

Sur la fréquence et l'importance de la syphilis utérine (Über die Häufigkeit und Bedeutung der Syphilis der Gebärmutter), von Ch. Audry. (Paris méd., 1926, Nr. 41, S. 277—278.) Die Syphilis der Gebärmutter und der Ovarien ist sehr wenig bekannt, trotzdem aber sehr häufig. Bei zahlreichen uterinen Erkrankungen fand sich eine positive WR, besonders auch in der Hälfte der Fälle von Krebs. Zahlreiche junge Frauen mit Metritis mit oder ohne Adnexbeteiligung zeigen, soweit nicht Blennorrhoe als Ursache in Frage kommt, eine positive WR; bei ihnen ist örtliche Behandlung ohne Erfolg, während ein solcher mit Salvarsan in 3—4 Wochen erzielt wird. Es dürfte die Vermutung naheliegen, daß auch Menstruationsstörungen, besonders Amenorrhoe, von Spirochätenerkrankungen der Ovarien abhängen. E. Levin-Berlin.

Milch luetischer Wöchnerinnen, von Hackemann, Frauenkl. Elberfeld. (M. m. W., 1926, Nr. 42, S. 1743.) Für den Ausfall der WR in der Milch sind die Globuline maßgebend. Diese sind im Kolostrum sehr reichlich und verschwinden beim Stillen nach wenigen Tagen. Von den Globulinen kommen wiederum nur die Euglobuline (50% Ammonsulf.-Fällung) in Betracht. Eine Tabelle zeigt einen Vergleich zwischen luetischer und nichtluetischer Milch in bezug auf Globulinmengen und Ausfall der WR in den ersten 9 Wochenbettstagen. Ergebnis: Globulingehalt geht mit dem Ausfall der WR parallel. Die Ursache dafür liegt wahrscheinlich nicht an einem Übergehen von Globulinen aus dem Blut in die Milch, sondern in einer besonderen Vermehrung und Tätigkeit der Lymphozyten mit ihrem lipatischen Ferment. Verf. nimmt an, daß mit einer bei der Verdauung gesteigerten Abgabe des lipatischen Fermentes die Leukozyten gleichzeitig die für Lues spezifischen Stoffe in vermehrter Menge absondern. Er konnte das durch Geben einer lipoidreichen Mahlzeit in mehreren Fällen am Stärkerwerden der Blut-WR nachweisen, weiter wies er nach, daß Salvarsan in Milch gar nicht, in Kolostrum nur in geringsten Mengen übergeht, wodurch wohl die Nichtbeeinflussung der Milch und des Kolostrums im Gegensatz zum Blutserum durch Salvarsankur erklärt wird. H. Colman-Berlin.

Digitized by Google

c. *Ätiologie und Diagnose*

Kann das Tierexperiment zur Diagnose der menschlichen Syphilis verwendet werden? von P. Mulzer-Hamburg. (M. m. W., 1926, Nr. 38, S. 1555.) Trotz der enormen Schwierigkeiten, die der praktischen Ausbeutung der experimentellen Syphilisinfektion entgegenstehen, ist hierdurch vom Verf. unter anderem erneut bewiesen worden, daß die Spir. pall. die unverletzte Schleimhaut passieren und ohne Primäraffekt eine syphilitische Allgemeininfektion hervorrufen kann. Große Bedeutung hat die Drüsenverimpfung der sogenannten Nuller für die praktische Verwertung des Tierexperimentes, das voraussichtlich so verfeinert werden wird, daß es keine negativen Impfresultate mehr geben wird. Das Tierexperiment ist zur Klärung unklarer Fälle und zur Feststellung der Heilung, z. B. nach Abortiv- und Malariabehandlung, weitgehend heranzuziehen. H. Lippert-Köln.

Zur Frage der Persistenz der Spirochäten bei experimenteller Rekurrens, von H. Kroó, Inst. „Robert Koch" Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 33, S. 1375.) Die zur Wahrung völliger Objektivität von Cl. Schilling vorgenommene Nachprüfung der von Buschke und Kroó mitgeteilten Versuchsergebnisse haben mit Gewißheit erwiesen, daß die Gehirne immuner Mäuse infektiöse Spirochäten zu einer Zeit enthalten, in der das Blut nicht mehr infektiös ist. Die Überimpfungen erfolgten 50—90 Tage nach der Infektion. Die Behauptung Prigges, daß für das Entstehen einer echten Immunität schon das Auftreten von Antikörpern spricht, während man bei Infektionsimmunität Antikörper nicht findet, wird durch die Tatsache widerlegt, daß bei vielen natürlich wie experimentell erzeugten Infektionen parasitizide Antikörper im Blute vorhanden sind bei noch bestehender Infektion, so z. B. bei Trypanosomen- und Piroplasmenkrankheiten. Auch die Behauptung, daß in Fällen von Gehirninfektiosität auch das Blut Spirochäten enthalte, hat sich als unrichtig erwiesen. Bei 6 von 11 Ratten waren im Gehirn Spirochäten vorhanden, während das Blut stets steril geblieben war.
F. Harry-Wiesbaden.

Experimentelle Untersuchungen zur Pathologie und Therapie der Spirochätenkrankheiten. IV. Über das Verhalten der Rekurrensspirochäten in der Haut des Normal- und des Immuntieres, von G. Steiner, Henning und Steinfeld, Labor. Psych. Univ.-Kl. Heidelberg. (Kl. W., 1926, Nr. 35, S. 1599.) Um nähere Feststellungen darüber zu machen, ob und in welcher Weise die Spirochäten das Gewebe durchwandern, wurden von den Verff. Ratten Hautlappen exzidiert, diese dann intrakutan mit Rekurrensspirochäten geimpft und dieser so geimpfte Lappen den Ratten implantiert. Ebenso wurden spirochätenhaltige Hautbeutel, die völlig verschlossen waren, normalen Ratten unter die Haut implantiert. In beiden Fällen zeigte sich, daß die Spirochäten das Implantat bzw. den Hautbeutel durchwanderten und in die gesunde Haut der Ratte und von hier in den Blutkreislauf eindrangen. Schon nach 4—5 Tagen waren im Blut die Spirochäten nachweisbar. Gerade der Beutelversuch scheint genau zu erweisen, daß die Wanderung nicht, wie es im Implantat auch möglich wäre, tangential erfolgt, sondern daß die Spirochäten vertikal durch die Muskulatur des Implantats bzw. des Hautbeutels in die Tiefe wandern. Von mit Spirochäten versehenen Hautstückchen auf Immunratten übergehende Spirochäten gehen in diesen rasch zugrunde. Umgekehrt konnte auch nachgewiesen werden, daß Hautstückchen und Hautbeutel von Immunratten, auf normale gebracht, die Spirochäten nicht durchließen, so daß sich hieraus auch ergibt, daß selbst bei Verstreichen einiger Zeit nach dem Herausnehmen eines Hautlappens von einem Immuntiere die immunisierende Kraft in der explantierten Haut erhalten bleibt. Weiter kann wohl auch geschlossen werden, daß die Immunstoffe des Serums nicht nur in der Blutbahn vorhanden sind, sondern in die Lymphe und damit auch in die Gewebslymphe der Haut übergehen. E. Langer-Berlin.

Neuere Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung und ihre Beziehungen zur Syphilis des Menschen, von R. Prigge. (M. Kl., 1926, Nr. 36, S. 1381 bis 1384 und Nr. 37, S. 1424—1426.) Sammelreferat, das die Ergebnisse folgendermaßen zusammenfaßt: Die verschiedenen Syphilisstämme sind nicht gleichartig, zwischen ihnen bestehen charakteristische immunbiologische Unterschiede, die durch Kreuzimpfungsversuche am Kaninchen nachgewiesen werden können. Es gibt auch eine Form der experimentellen Syphilis mit Durchseuchung des Körpers ohne gleichzeitige manifeste Erscheinungen; dementsprechend auch beim Menschen Syphilisinfektion ohne Entwicklung von Primäraffekten. Da sich bereits 5 Minuten nach kutaner Impfung die Spirochäten in den regionären Lymphdrüsen nachweisen lassen, sind Versuche zur Abtötung

Digitized by Google

der in das Gewebe eingedrungenen Infektionserreger durch lokale Maßnahmen aussichtslos. Eine chemotherapeutische Sterilisation (Ther. steril. magna) des syphilitischen Organismus ist sicher in einem hohen Prozentsatz möglich, wenn die Behandlung einsetzt, bevor der syphilitisch infizierte Körper infolge der chronischen Infektion umgestimmt ist und veränderte Reaktionsfähigkeit (Schankerimmunität) zeigt. Die Immunität der Kaninchen gegen heterologe Syphilisstämme ist eine „Schankerimmunität", die zwar die Entwicklung neuer Primäraffekte, jedoch nicht die symptomlose Superinfektion bzw. Reinfektion verhindert. Es ist zu erwägen, ob nicht beim Menschen die gleichen Verhältnisse vorliegen. E. Levin-Berlin.

Contribution à l'étude de la gravité de la syphilis d'après la souche (syphilis conjugale) (Beitrag zum Studium der durch den jeweiligen Spirochätenstamm bedingten Schwere der Syphilis [Syphilis der Eheleute]), von P. Breton. (Presse méd., 1926, Nr. 68, S. 1082.) Auf Grund von sorgfältigen Aufzeichnungen über 14 im Institut prophylactique beobachtete Fälle stellt B. betreffs der Syphilis conjugum folgende Thesen auf: Der Zahl der klinischen Abstufungen und Formen steht nicht eine gleiche Zahl von Spirochätenvarietäten als Analogon gegenüber. Wie durch Beobachtungen an Eheleuten festgestellt ist, rufen die Spirochäten einer bestimmten Provenienz bei beiden Ehepartnern (abgesehen von Fällen von ganz besonderer Diskrepanz der Konstitution) die gleichen klinischen Erscheinungen hervor. Man kann die Treponemenstämme nicht bloß durch die Annahme von 2 Klassen von Abarten erklären.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Biologie der Syphilis. Immunität und Antikörper, von F. Lesser-Berlin. (M. Kl., 1926, Nr. 44, S. 1682—1684.) Die Biologie der Syphilis hat durch die Salvarsanbehandlung Änderungen erfahren, indem die Virulenz der Spirochäten abgeschwächt wurde; die Folgen sind häufig harmlos aussehende Primäraffekte, stumme Infektionen. Damit steht vielleicht die Zunahme späterer Organerkrankungen im Zusammenhange. Durch das Wechselspiel äußerer (Spirochäten) und innerer (Organismus) Ursachen zeigt sich als erste Zustandsänderung die erst örtliche, dann allgemeine Gewebsimmunität gegen von außen oder innen an die Haut gelangende Spirochäten. Sodann erfolgt das Positivwerden der WR infolge der Antikörperbildung. Immunität beruht nicht auf Antikörperbildung, beide haben nichts miteinander zu tun, eins kann ohne das andere vorkommen. Solange noch latente Syphilis besteht, besteht auch Immunität, doch darf dieser Satz nicht umgekehrt werden. Immunität ist nicht an die Gegenwart lebender Spirochäten gebunden, wohl aber die Antikörperbildung. Da Reinfektionen besonders in abortiv behandelten und geheilten Fällen vorkommen, scheint echte Immunität einzutreten, wenn die Ausheilung der ersten Syphilis längere Zeit beanspruchte. Als Abwehrreaktion des Körpers stellt die Roseola den Höhepunkt dar = Gefäßwandreaktion, die zwar viel, aber nicht alle Spirochäten abtötet. Daß Abwehrvorgänge untrennbar mit Gefäßwandzellen verbunden sind, dafür spricht die Tatsache, daß entzündliche Infiltration bzw. Proliferation der Gefäßwand eine konstante histologische Veränderung aller syphilitischen Produkte darstellt (unspezifische Abwehrkräfte); die spezifischen Abwehrprodukte (Papeln, Kondylome), bei denen Lymphozyten, besonders lipolytisches Ferment eine Rolle, aber nicht die einzige, spielen, treten demgegenüber in den Hintergrund.

E. Levin-Berlin.

Réinfection et superinfection (Reinfektion und Superinfektion), von Carle-Lyon. (Progr. méd., 1926, Nr. 37, S. 1372—1373.) Nach der Ansicht mancher Autoren wären alle bei syphilitisch gewesenen Personen auftretenden schankerähnlichen Erscheinungen als Superinfektionen infolge allergischer Reaktion aufzufassen. Demgegenüber muß an dem Begriffe der Reinfektion festgehalten werden. Bei dieser sind die Spirochäten sehr zahlreich, bei der Superinfektion spärlich, die Inkubation ist eine verschiedene, es bestehen wesentliche klinische Differenzen. Unter Umständen kann das Auftreten sekundärer Erscheinungen verwertet werden. Es ist wichtig, die Unterscheidung aufrecht zu erhalten, da für die weitere Behandlung und Beobachtung des Kranken sehr viel davon abhängt, ob es sich um eine Reinfektion oder nur um eine Superinfektion handelt.

E. Levin-Berlin.

Sind die von Antoni mittels des sogenannten Ringoldschen Färbeverfahrens gefundenen Kernveränderungen der weißen Blutzellen für Syphilis spezifisch? von P. Mulzer-Hamburg. (Kl. W., 1926, Nr. 33, S. 1520.) Es handelt sich um keine für Lues spezifische Veränderung, diese kommt auch bei anderen Erkrankungen vor. M. lehnt daher das Verfahren als ungeeignet für die Praxis und die wissenschaftliche Forschung ab. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

d. Serologie

Zur Frage der Entstehung der syphilitischen Blutveränderung, von S. Bergel-Berlin-Wilmersdorf. (D. m. W., 1926, Nr. 34, S. 1423.) Von ganz anderen Gesichtspunkten als Sachs, Klopstock und Weil ausgehend, hat Verf. bereits 1912 künstlich, und zwar durch Vorbehandlung mit Lezithin bei Kaninchen und Meerschweinchen, eine positive WR erzeugen können. Während jedoch Sachs und seine Mitarbeiter meinen, daß die Antikörper gegen lipoide Abbauprodukte des Körpers zusammen mit einem Spirochäteneiweiß als Antigen wirken, ist Verf. der Ansicht, daß das Lipoid der Spirochäte als Antigen wirkt, anatomisch eine lymphozytäre Reaktion hervorruft, die funktionell zu einer Antilipoidbildung führt, einen lipatischen Abbau der Spirochätenhülle bewirkt und serologisch in der positiven WR ihren Ausdruck findet. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Eignung syphilitischer und normaler Menschenorgane zur künstlichen Erzeugung der syphilitischen Blutveränderung, von F. Heimann, Inst. f. exp. Krebsforschung, Heidelberg. (Arch. f. exp. Path., 1926, Bd. 115, H. 1/4, S. 64—74.) An Hand mehrerer Tabellen, die aus verschiedenen Versuchsreihen resultieren, findet Verf. 1., daß nach Vorbehandlung von Kaninchen mit wässerigem syphilitischem Leberextrakt eine positive WR, SGR und MTR auftritt; hierbei wird auch die quantitative Reaktionsfähigkeit, die Immunsera charakterisiert, eigens berücksichtigt. 2. Nach Vorbehandlung von Kaninchen mit wässerigen Normalleberextrakten entstehen trotz der gleichzeitigen Injektion von Lipoid und artfremdem Eiweiß keine Lipoidantikörper. 3. Alkoholische Luesleberextrakte an und für sich bilden keine Lipoidantikörper. 4. Alkoholische Luesleberexakte werden sowohl durch Schweineserum als auch durch wässerige normale Menschenleberextrakte zu Vollantigenen aktiviert; hieraus geht hervor, daß in der syphilitischen Leber die Eiweißkomponente beliebig ersetzt werden kann und daß in dem wässerigen Normalleberextrakt geeignete Schlepperantigene vorhanden sind trotz seiner Untauglichkeit zur Lipoidantikörperbildung. 5. Ersatz des normalen Menschenleberextraktes durch normalen Kaninchenleberextrakt als Komponente bei der Vorbehandlung von Kaninchen mit alkoholischem Luesleberextrakt führt nicht zur Erzeugung von Lipoidantikörpern.

S. Habermann-Prag.

Die Entstehung der syphilitischen Blutveränderung und die Eigenschaften eines Spirochätenimmunserums, von F. Klopstock, Inst. f. exp. Ther. Berlin-Dahlem. (D. m. W., 1926, Nr. 35, S. 1460.) Verf. teilt weiteres experimentelles Material zur Klärung der Genese der Reaktion mit. Er hält seine früheren Einwände gegen die Autoantikörpertheorie aufrecht und berichtet über weitere, die nach dem Studium der neuen Veröffentlichungen hinzugetreten sind. 1. Die WR ist von der Generalisation des Virus, nicht etwa von der Zerstörung von Organgewebe abhängig. 2. Die Annahme von Sachs, daß der Eiweißkörper dem Lipoid antigene Eigenschaften verleihe, erscheint nach den bisherigen Versuchen rein hypothetisch. 3. Die Versuche, beim Menschen die sonst unter Einfluß der syphilitischen Infektion zustandekommenden Serumveränderungen durch Immunisierung mit Serumlipoidgemischen zu erzeugen, sind negativ ausgefallen. Dagegen hat Verf. die Richtigkeit seiner Anschauungen immer wieder bestätigt gefunden und zahlreiche neue Spirochäten-Alkoholextrakte hergestellt, die spezifisch wirkende Antigene enthalten. Zur Zeit wird der Extrakt in der Weise bereitet, daß getrocknete, fein verriebene Spirochäten bei 60° mindestens 2 Wochen der Alkoholextraktion unterworfen werden. Zur Anwendung kommt eine 1%ige Lösung, die in der Verdünnung 1:3 noch Eigenhemmung besitzt, bei 1:6 mit den staatlich geprüften Extrakten parallel läuft. Unzutreffend ist die Behauptung, daß aus beliebigen Erregern und Keimen wirksame Extrakte gewonnen werden können. Ebensowenig sind Nährbodenbestandteile für die Wirksamkeit verantwortlich, sondern einzig und allein ist es die Spirochäte, die dem Alkoholextrakt seine wirksamen Eigenschaften verleiht. Die wiederholt angestellten Kaninchenversuche bestätigten die früher mitgeteilten Ergebnisse. Selbst nach 100facher Verdünnung des Serums entstanden positive Reaktionen, und zwar bereits innerhalb einer Woche nach der Injektion von Aufschwemmungen abgetöteter Spirochäten. In den Versuchen von Sachs sind die Lipoidantikörper erst in der 3. Woche nachweisbar. Die Spirochätenimmunsera geben auch positive MTR und spezifische Flockungsreaktionen. Ferner besitzen sie eine ausgesprochene Agglutininwirkung gegenüber Pallidastämmen. Deutiumstämme bleiben von einer Verdünnung von 1:50 an völlig unbeeinflußt. Zwischen den wassermann-positiven Spirochätenimmunsera und den wassermann-positiven Syphilisseren bestehen folgende Unterschiede: 1. Die spezifischen Reaktionen stehen bei

Digitized by Google

Kaninchenseren im Verhältnis zu ihrer Reaktionsfähigkeit gegen Organlipoide im Vordergrund. 2. Es bildet sich ein Grad der spezifischen Agglutination und Präzipitation aus, wie er bei der luetischen Infektion nicht vorhanden ist. 3. Die Lipoidantikörperbildung verläuft beim Kaninchen derart stürmisch, wie sie beim Menschen nie zur Beobachtung gelangt. Die Verschiedenheiten haben darin ihren Grund, daß es sich um zwei verschiedene Lebewesen und um eine ungleiche Art der Infektion handelt. Bei Kaninchen Injektion von großen Mengen von Spirochäten, beim Menschen schleichende Infektion.
F. Harry-Wiesbaden.

Beiträge zur Frage des serologischen Luesnachweises. II. Mitteilung. Die Brauchbarkeit von Retroplazentar-Nabelvenenblut für die Serodiagnostik der Lues, von G. Blumenthal und B. Schwarzmann, Serol. Abt. des Inst. Robert Koch, Berlin. (M. Kl., 1926, Nr. 40, S. 1530—1532.) Es kommen mit dem retroplazentaren Blute unspezifische Hemmungen vor, deren Zahl sich jedoch bei Prüfung von nur frischen, nicht in der Zersetzung begriffenen Proben wesentlich herabdrücken läßt. Einen diagnostischen Wert besitzt der positive Ausfall nur, wenn er mit entsprechendem Befund im Armvenenblut übereinstimmt. Prüfung von Nabelvenenblut ist wegen Unzuverlässigkeit zu verwerfen und durch Untersuchung des Venenblutes des Säuglings, jedoch frühestens 6 Wochen nach der Geburt, zu ersetzen. E. Levin-Berlin.

Über die Serodiagnose der Syphilis an der Leiche, von C. Krauspe und A. Schmechel, Path. Univ.-Inst. Leipzig. (Kl. W., 1926, Nr. 35, S. 1611.) Verff. kommen zu ähnlichen Resultaten wie frühere Untersucher, daß man bei recht frühzeitiger Abnahme des Blutes von der Leiche, und zwar am besten, wie es die Verff. gemacht haben, von Herzbeutelflüssigkeit, in einem gewissen Prozentsatz zuverlässige Resultate erhalten kann. Im allgemeinen ist bei der Auswertung positiver Ergebnisse aber Vorsicht bei der Begutachtung geboten, da es sich oft bei Allgemeininfektionen, Tuberkulose, einer Reihe von Tumoren um unspezifische labile Reaktionen handelt. Die verschiedenen Ersatzmethoden der WR, wie z. B. auch die MTR, stellen, wenigstens am Leichenmaterial, gegenüber der WR keine Verbesserung dar und sind nur bei gleichzeitiger Anstellung der WR zu verwerten. E. Langer-Berlin.

Vereinfachung der Luesreaktion. III. Die Technik der Alexinbildung, von J. Kirs-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 35.) Wenn zur Ausführung der WR solche Antigene angewendet werden, welche an sich keine nennenswerte antikomplementäre Wirkung besitzen, dann ist für den Versuch nichts anderes nötig als die genaue Einstellung des Komplementes zum hämolytischen System. Zu diesem Zwecke ist die Feststellung von Einheiten des Komplementes oder des Ambozeptors — wie dies allgemein verlangt wird — gar nicht notwendig. Es genügt, wenn wir uns im Vorversuch davon überzeugen, daß das Komplement — verdünntes Meerschweinchenserum — das hämolytische System im Wasserbade bei 37° C in genau 5 Minuten zur kompletten Auflösung bringt. M. Porosz-Budapest.

Unspezifische „thermolabile" Kälteflockung nach Sachs-Georgi und ihre Stabilisierung durch Luesserum, von Tr. Baumgärtel, Staatl. Bakt. Untersuchungsanst. München. (M. m. W., 1926, Nr. 42, S. 1740.) Von 150000 Blutproben 95% WR = SGR. Bei den restlichen 5%: WR —, SGR + bei behandelten sicheren Luesfällen aller Stadien, WR +, SGR — bei sicheren Luesfällen im Primär- oder rezidiviertem Latenzstadium. Also WR früher positiv und nach Behandlung früher negativ als SGR. Die Reaktionsunterschiede: WR +, SGR — auch bei Tuberkulose, Karzinom, Malaria, Scharlach, Erysipel, also nicht unbedingt spezifisch. Wichtig ist die Temperatur: Flockungsoptimum für Lues bei 37° C. Darüber flocken nicht alle Luesfälle aus, darunter auch nichtluetische Sera oft positiv. „Serolabiles Übergangsstadium." Eine positive Reaktion läßt sich bei jedem Serum des Menschen durch genügende Abkühlung auslösen, die bei normalen Seren einiger Tierarten stets vorhanden ist. Die bei Untertemperatur gebildeten Flocken lösen sich bei 37° C auf. Es gelang Verf., wärmelabile Flocken zu stabilisieren und dies als Luesdiagnostikum zu verwerten. An 300 Seren wies Verf. eine Schutzwirkung luetischer Seren thermolabilen Kälteflocken gegenüber nach. Er deutet die Sachs-Georgi-Ausflockung als elektrochemischen Neutralisationsvorgang. Die Flockenstabilität beruht auf elektro-kolloidalen Oberflächenwirkungen, in denen Normal- und Luesserum sich unterscheiden. H. Colman-Berlin.

Daily Variations in Complement Fixation (Kolmer) and Precipitation (Kahn) Reactions in Untreated Syphilitic Patients (Tägliche Schwankungen der Kolmerschen Komplementbindung und Kahnschen Flockungsreaktion bei unbehandelten Syphilitikern), von S. S. Greenbaum und E. Yagle-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87,

Digitized by Google

Nr. 5, S. 318.) Das Blut von 50 unbehandelten Fällen wurde an 12 aufeinanderfolgenden Tagen mit stets gleichen Reagentien nach beiden Methoden untersucht. 42 Fälle ergaben absolute Übereinstimmung an allen Tagen. Bei den übrigen 8 Fällen zeigten sich Schwankungen und Differenzen von stark positiv bis glatt negativ. Beide Reaktionen waren aber nur in 2 von diesen 8 Fällen am gleichen Tage negativ. Die Verff. folgern aus ihren Beobachtungen, daß beide Reaktionen stets zusammen ausgeführt werden sollten. Etwaige Variationen zwischen beiden Reaktionen können bei optimaler Technik dann ignoriert werden. F. Jacobsohn-Berlin.

Beiträge zur Frage des serologischen Luesnachweises. III. Mitteilung. Ergänzung der WR durch eine Flockungs- bzw. Trübungsreaktion, von G. Blumenthal, Serol. Abt. Inst. Robert Koch. (M. Kl., 1926, Nr. 44, S. 1688—1689.) Neben der WR soll eine Kontrollreaktion gleichzeitig ausgeführt werden, wofür sich die MTR mit der Sedimentierungsablesung (angestellt mit Balsam-Luesleberextrakten mit Meerschweinchenherzextraktzusatz) am besten bewährt hat. E. Levin-Berlin.

Über die Meinicke-Mikroreaktion, von E. Kovács-Szeged. (Budapesti Orvosi Ujság, 1926, Nr. 31.) Verf. untersuchte 520 Sera; in 461 Fällen stimmte die WR mit der MTR überein, und zwar waren beide Reaktionen positiv in 168, negativ in 293 Fällen. 59mal (11,3%) stimmten die Reaktionen nicht überein, und zwar war von diesen bei 48 Fällen die MTR positiv, dagegen die WR negativ. Diese Unterschiede betrafen fast durchweg Fälle von Lues latens bzw. sanata. Verf. hält die Reaktion für unbedingt spezifisch und für empfindlicher als die WR. Ihr Vorteil im Vergleiche zu anderen kolloidlabilen Reaktionen liegt darin, daß die Resultate unter dem Mikroskop zu beobachten sind, obzwar die verschiedenen Grade der positiven Reaktion nicht so genau bestimmt werden können wie bei der WR. Die Reaktion hat nicht denselben Wert wie die WR, leistet aber besonders bei Kleinkindern zwecks Orientierung recht gute Dienste. K. v. Berde-Szeged.

L'application des réactions d'opacification au sero-diagnostic de la syphilis (Die Verwendung der Trübungsreaktionen in der Serodiagnostik der Syphilis), von S. Mutermilch. (Presse méd., 1926, Nr. 70, S. 1108.) Ausführliche Beschreibung der Doldschen Reaktion sowie der MTR, nebst Anführung einer Versuchsreihe von 300 Serumuntersuchungen, mit Original-Meinicke-Extrakt vorgenommen, bei gleichzeitiger Anstellung des Bordet-Wassermann (Technik des Pasteurschen Institutes). Verf. stellte selbst einen Meinicke-Extrakt her, gibt die Technik der Erzeugung an, machte eine Versuchsreihe mit 1000 Seren. Es wurde parallel mit eigenem, mit Original-Meinicke-Extrakt und BW-Extrakt untersucht. Das Resultat ergab stark oder schwach positiv in 263 Fällen nach BW, in 280 Fällen nach Original-Meinicke und in 281 Fällen nach mit selbst hergestelltem Extrakt. Schließlich wird die Meinicke-Mikroreaktion erwähnt und die Qualitäten der MTR und WR besprochen, wobei Verf. die MTR als eine sehr gute Begleitreaktion der WR empfiehlt; wegen der schnellen und leichten technischen Ausführung nebst billiger Apparatur schlägt er die Durchführung der MTR als selbständige Reaktion nur in den Instituten vor, die keine Möglichkeit haben, die WR durchzuführen (kleine Provinzlaboratorien, Kolonien). S. Habermann-Prag.

Floculation des sérums syphilitiques en présence d'un mélange antigène teinture de résine (Flockungsreaktion syphilitischer Seren mit einem harzhaltigen Antigengemisch), von R. Dujarric de la Rivière und N. Kossovitch. (Presse méd., 1926, Nr. 67, S. 1059.) Dujarric de la Rivière gab 1923 mit Gallerand eine neue Flockungsreaktion an, die im Laufe der Zeit verfeinert wurde. Es folgt ausführliche Beschreibung der Extraktbereitung, der Technik der Reaktion, der Resultatablesung. An etwa 4000 Seren wurde die Spezifität geprüft, wobei in keinem Falle eine Flockung bei einem Gesunden auftrat. Verf. empfehlen diese Reaktion als Ergänzungsreaktion der WR. S. Habermann-Prag.

Über eine hämolytische Schnellreaktion auf Lues mit aktivem Serum. (Vorläufige Mitteilung), von E. Kadisch, Krkhs. Charlottenburg, Kirchstraße. (M. Kl., 1926, Nr. 43, S. 1649—1650.) Mit der im Original nachzulesenden Technik gelingt eine in 5 Minuten ablesbare Schnellreaktion mit aktivem Serum. Die Verläßlichkeit der positiven Ausschläge ist dabei eine sehr große, in 368 Fällen nur positiver Ausschlag bei klinisch und anamnestisch luesfreiem Serum. E. Levin-Berlin.

Über die Marchioninische Schellackreaktion, von E. Thurzo-Debreczen. (Gyógyászat, 1926, Nr. 44.) Bei Gesunden und funktionellen Nervenleiden und endogenen Psychosen verlief die Reaktion immer negativ, ganz ohne Trübungen. Bei luetischen

Digitized by Google

Erkrankungen ist sie der kolloidalen Reaktion an Empfindlichkeit weit überlegen. Die Ausführung ist sehr einfach.

M. Porosz-Budapest.

Liquordiagnostik bei Syphilis, von F. Mras, Abt. f. Geschl.- u. Hautkrkht. Heilanst. Klosterneuburg-Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 33, S. 950.) 2000 Fälle, 29% aller Syphilitiker, weisen mindestens vorübergehend Veränderungen im Liquor auf, und zwar wurde am allerhäufigsten vom zweiten Halbjahr an nach der Infektion der Liquor pathologisch befunden, während vom dritten Jahre an die Veränderungen seltener werden. Durch eine Kur wurde der Liquor in 61% saniert, in 39% nur teilweise beeinflußt; ein Siebentel davon erwies sich so gut wie unbeeinflußbar. Je jünger die Lues, um so eher gelingt die Sanierung. Die chronisch intermittierende Behandlung scheint der Ausbildung der Liquorveränderungen erfolgreich vorzubeugen. Über die prophylaktische Wirkung der Malariabehandlung kann noch kein Urteil abgegeben werden. Auf jeden Fall soll die Beseitigung der Liquorveränderung mit allen Mitteln angestrebt und die Frage der Heilung eines Falles von dem Ausfall der Lumbalpunktion abhängig gemacht werden.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Lumbalpunktion mit „dünner" Nadel, von H. Hoffmann und E. Konrad, Univ.-Hautkl. Breslau. (M. Kl., 1926, Nr. 38, S. 1456.) Gegenüberstellung von 75 Lueskranken, die mit „dünner" Nadel (nach Krabbe-Kopenhagen aus federgehärtetem Stahl) und 50 Lueskranken, die mit dicker Nadel (1—1,5 mm-Kaliber) punktiert wurden. Von ersteren hatten 66,6%, von letzteren 20% überhaupt keine Beschwerden. Wo nach dünner Nadel Meningismus auftrat, verlief er überwiegend leicht.

E. Levin-Berlin.

e. Therapie

Prinzipielles zur Syphilisbehandlung, von E. Finger-Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 38, S. 1059.) Da die chemotherapeutische Behandluug der Lues quoad Dauerheilung und Ausbleiben von Spätrezidiven schwerer Art durchaus fraglich ist, hat Kyrle die kombinierte Salvarsan-Malariabehandlung bei frischen Luesfällen — sozusagen prophylaktisch — versucht. Bei vielen Hunderten von Fällen jahrelange Rezidivfreiheit. Es besteht sogar die Wahrscheinlichkeit, die frische Lues mit einer einzigen 10—12 Wochen dauernden Kur völlig zu kurieren. Technik: 5—10 ccm Tertianablut i. v. injiziert. Nach 5—9 Tagen erster Malariaanfall. Jeden 2. Tag weitere. Nach 8—10 Anfällen am Tage des zu erwartenden nächsten Anfalles 2mal i. v. Injektion von 5 ccm 10%igem Chin. bisulf. + 5% Urethanlösung. Wiederholung noch zweimal, dann eine energische Salvarsankur.

H. Colman-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Der XV. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft findet vom 5.—7. September in Bonn statt; Referatthema: Biologie und Pathologie der Röntgenstrahlenwirkung.

Prof. Otto Warburg in Berlin hat den Dr. Sofie A. Nordhoff-Jung-Krebs-Preis erhalten. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 4 (Bd. 84) 22. Januar 1927

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES TO BE REMOVED

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses
(Dir. Arzt: Prof. Buschke)

Über feinere Knochen- und Gelenkveränderungen bei Psoriasis

Von

Dr. Wilhelm Curth, Volontärassistent

Die so oft bei Psoriasis beobachteten Gelenkleiden sind zuerst von Bourdillon 1888 eingehend studiert worden. Seine Darstellung der klinischen Erscheinungen ist noch heute richtunggebend für das Studium dieses interessanten Gelenkleidens. Von ihm stammt der Name Arthropathia psoriatica (A. p.). Die ersten Röntgenbefunde bei A. p., die natürlich einen großen Fortschritt für die Erforschung bedeuteten, verdanken wir Adrian, der 83 Fälle zusammenstellte. Einen vortrefflichen Überblick der gesamten bisherigen röntgenologischen Ergebnisse bei klinisch manifester A. p. findet man in der kürzlich in den Fortschritten der Röntgenstrahlen 1926 erschienenen Arbeit von Nobl und Rhemenovsky. Von Rochlin und Schirmunsky (ebenda 1925), die von einem anderen Gesichtspunkte, nämlich der Endokrinologie, an die systematische Untersuchung des Psoriasiskranken herangingen, wurden nun aber auch symptomlos gebliebene Knochen- und Gelenkveränderungen durch das Röntgenbild aufgedeckt. Sie fanden Verschmälerung der Gelenkspalten, Abspitzung der Konturen, Knochenarrosionen und Zackenbildung, Knochenatrophie und Defektbildungen. Dadurch, daß sie ihre Befunde in 7 von 18 Fällen = 39 % erhoben haben, erschien diese Beobachtung, sollte sie sich bestätigen, sehr wesentlich. Aus diesem Grunde war eine Nachprüfung an einem größeren Psoriasismaterial wichtig.

Unsere Psoriasisfälle waren sämtlich in klinischer Behandlung, ihre Schuppenflechte bot bis auf Fall 8 nichts Atypisches hinsichtlich Lokalisation und Dauer. Besonderheiten sind bei den einzelnen Fällen angeführt. Zur Beurteilung der Veränderungen wurden systematisch Hände, Knie und vereinzelt auch Füße und Ellenbogen geröntgt[1]). Von 31 Fällen zeigten 23 keine, 8 mehr oder weniger ausgesprochene Knochen- und Gelenkerscheinungen, die ich im folgenden kurz anführe.

Männer. Fall 1. 34 Jahre alt, seit 2 Jahren Psoriasis; die Röntgenaufnahme beider Hände zeigt deutlich porotische Atrophien an einzelnen Fingern, der Knochenschatten erscheint aufgehellt, die Bälkchen sind rarefiziert, die Kortikalis verschmälert.

[1]) Für Anfertigung und Beurteilung der Röntgenbilder bin ich Herrn Prof. Levy-Dorn (Leiter der Röntgenabteilung des Virchow-Krankenhauses) und Herrn Dr. Wittkowsky zu größtem Dank verpflichtet.

Digitized by Google

Fall 2. Seit 10 Jahren P. vulg. Im Röntgenbild zeigt sich am Metakarpale IV links ulnar eine kleine periostale Auflagerung, dabei erscheint der ganze Knochen in seiner Struktur verschleiert. Die Bälkchenzeichnung ist verschwommen und unscharf.

Fall 3. Seit 5 Jahren P. vulg. Es findet sich an der Basis der Endphalanx Digit. I ulnar scharf begrenzte Defekt- und darüber Zackenbildung. Außerdem weist die Spitze der Endphalanx Digit. I links eine kreisrunde proximal schärfer als ulnar begrenzte Defektbildung auf.

Fall 4. 38jähr. Pat. leidet seit seinem 20. Jahre an P. vulg. Es findet sich an der linken Hand bei ihm eine ausgedehnte Atrophie mittleren Grades mit kleinen rundlichen Aufhellungen besonders an einzelnen Metakarpalkuppen. Dieser Befund ist nur mit Vorbehalt verwertbar, da auf dieser Seite eine traumatische Ulnarislähmung besteht.

Fall 5. 49jähr. Pat., P. seit 20 Jahren, zeigt an der Grundphalanxbasis der Digit. V beiderseits halbkreisförmige Aussparungen. Ebensolche Veränderungen finden sich ulnar an der Grundphalanx Digit. IV.

Fall 6. Pat. ist 52 Jahre alt, seit 6 Jahren P. vulg. Er zeigt außer typischen P.-vulg.-Plaques noch hyperkeratotische Herde der Handteller und Fußsohlen. Bei ihm findet sich beiderseits eine Verknöcherung der am Olekranon ansetzenden Sehnen. Außerdem zeigt sich eine Abflachung der oberen Tibiakanten.

Fall 7. 19 Jahre, seit 4 Jahren P. vulg., zeigt eine starke Deformität im rechten Knie (dabei nur geringe Bewegungsbeschränkung ohne stärkere Schmerzen). Es finden sich Abflachung der oberen Tibiakanten, Zackenbildung, Verschmälerung des Gelenkspaltes, Auffaserung der Knorpelgrundsubstanz, die feinere Knochenzeichnung erscheint verwischt.

Frauen. Fall 8. Anna H., 32 Jahre, leidet an Psoriasis pustulosa und ist schon mehrfach bei uns deswegen behandelt worden. Bei der ersten Krankenhausaufnahme 1924 bestand bereits eine Beugekontraktur beider Kniegelenke. Patientin gab damals an, daß sie vor 2 Jahren die ersten Hauterscheinungen gleichzeitig mit Gelenkschmerzen bemerkt habe. Die Arthritis sei bisher unbehandelt geblieben. Die von ihr eingenommene Beinhaltung hatte zu einer vollkommen fixierten Flexionskontraktur (Winkel 65°) geführt. Das Röntgenbild zeigt im November 1926 hochgradigste Veränderungen an den Kniegelenken, es besteht eine breite knöcherne Verbindung der Patella mit dem Femur; Femur und Tibia erscheinen sehr stark zusammengedrängt. Die Knochen selbst sind abnorm durchlässig. Der Gelenkspalt ist nur noch angedeutet sichtbar. In ihm zeigen sich an einzelnen Stellen, besonders links, bereits ankylotische Veränderungen. Vergleicht man dieses Bild mit dem vor $2^1/_2$ Jahren, so sieht man, daß der Prozeß stark fortgeschritten ist. Bei der zweiten, 1926 erfolgten, Krankenhausaufnahme bestand dieselbe Kontraktur, nur hatte die Muskelatrophie noch zugenommen. Die Aufnahme erfolgte wegen universeller Erythrodermie, die nach unsachgemäßem Chrysarobingebrauch bei disseminierter Psoriasis pustulosa aufgetreten war. An den Händen fanden sich bei dieser Patientin außerdem noch im Röntgenbild eine scharfe Zusammendrängung der Knochen des Karpus und ein fast vollkommenes Verstrichensein des Gelenkspaltes, besonders rechts. Die Knochen selbst sind ohne Veränderungen bis auf eine abnorme Durchlässigkeit an der Basis des Metarkarpus V und an der Basis des Os hamatum.

Bei unserem relativ kleinen Material, das sich aus 17 Männern und 14 Frauen zusammensetzt, fanden sich die Veränderungen bei 7 Männern und nur einer Frau, also überwiegend bei Männern. Schon ADRIAN war die starke Beteiligung des männlichen Geschlechts an der A. p. aufgefallen. Was die Rolle der P. pustulosa bei der A. p. anlangt, so trafen wir zwar die stärksten Gelenksveränderungen bei dieser Form der Psoriasis an, doch sahen wir auch mehrere ausgesprochene P.-pustulosa-Fälle, ohne irgend welche Knochen- und Gelenkveränderungen. Demnach ist nach unserem Material eine gehäufte Koinzidenz von P. pustulosa mit psoriatischen Knochen- und Gelenkveränderungen nicht zu konstatieren gewesen. Unsere Befunde bieten, im Gegensatz zu ROCHLIN und SCHIRMUNSKY, nur wenig ausgeprägte Gelenkveränderungen, vielmehr überwiegen die Knochenveränderungen.

Digitized by Google

Hält man sich an die von Belot angegebene Einteilung der A. p. in 4 Phasen, so entsprechen der atrophischen Phase 1 (Verschmälerung der Gelenkspalten, Abgespitztsein der atrophischen zusammenstoßenden Gelenkenden) die Veränderungen des Falles 8, die sich in den Handwurzelknochen feststellen ließen. Die Knochenatrophie, die von Belot auch zur Phase 1 gerechnet wird, findet sich mit anderen noch zu besprechenden Veränderungen bei den Fällen 1, 2, 4 und 8.

Der 2. Phase nach Belot, der sogenannten Destruktionsphase, entspricht der Befund von Fall 5 und vielleicht Fall 3, obwohl streng genommen die Defektbildung bei letzteren dem atrophischen Stadium I zugezählt werden könnte.

Die 3. Phase, die sogenannte hyperplastische Form, zeigt Fall 7 und 8. Ob man die Zackenbildung bei Fall 3 hinzurechnen soll, lasse ich dahingestellt, da derartige Befunde auch beim Normalen vorkommen können.

Die 4. Phase der Ankylosierung zeigt uns Fall 8. Hier ist es an den Knien zu einer Kombination von hyperplastischen mit ankylotischen Veränderungen gekommen.

Irgendwelche Veränderungen an den Weichteilen oder periartikuläre Verdickungen konnten wir bis auf Fall 8 nicht feststellen; Schmerzen, Funktionsstörungen fanden sich nur bei Fall 7 und 8. Den ersten Beginn einer Skelettveränderung dürfte wohl Fall 2 darstellen; hier findet sich das akute Stadium der Sudeck-Kienböckschen Knochenatrophie mit Verschleierung der Knochenstruktur und Fehlen der Spongiosazeichnung. Bei einem so chronischen Leiden, wie es die A. p. darstellt, ist mit einem sehr baldigen Übergang des akuten Stadiums ins chronische Stadium und somit mit einer relativen Seltenheit des akuten Stadiums zu rechnen. Das chronische Stadium der Knochenatrophie findet sich bei den Fällen 1, 4 und 8. Die Inaktivität infolge der Ulnarislähmung dürfte wohl bei Fall 4 die Hauptrolle spielen; allerdings machte die Muskulatur des Unterarmes und der Hand durchaus keinen atrophischen Eindruck, was gegen reine Knocheninaktivitätsatrophie spricht. Eine weitere Phase der Erkrankung weist nun Fall 5 auf. Hier zeigen sich die von Munk und anderen für Gicht pathognomonisch gehaltenen halbkreisförmigen Aussparungen an den Gelenkenden, die aber von Krebs und Amelung zweifelsfrei als nicht spezifisch gichtisch erkannt wurden. Ebensowenig sind die Defektbildungen bei Fall 3 für Gicht sicher zu verwerten. Durch Stoffwechseluntersuchungen konnten wir in keinem Falle irgend welche Anhaltspunkte für Gicht gewinnen. Zu den hyperplastischen Bildungen könnte man auch die Ossifizierung der am Olekranon ansetzenden Sehnen rechnen, einen Befund, den Belot-Chaperon sowohl wie Rochlin und Schirmunsky bereits erhoben hatten. Die Verdichtung des Knochengewebes proximal von der Defektbildung Digit. I bei Fall 3 läßt sich ebenfalls zu den Hyperplasien rechnen. Ob es sich bei Fall 2 um eine der normal vorkommenden Knochenleisten oder um eine echte perostitische Knochenauflagerung handelt, möchte ich nicht entscheiden, neige aber im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Atrophie mehr zu der letzteren Annahme. Fall 7 zeigt nun wesentlich deutlichere Veränderungen, die teils der destruktiven Phase (Abflachung der Tibiakanten), teils der hyperplastischen (Zackenbildung, Knochenwucherung) angehören.

Digitized by Google

In Fall 8 dürfte die Ursache der Gelenkversteifung in Veränderungen des Kapsel- und Bandapparates zu suchen sein, entsprechend den Befunden von NOBL und REMENOVSKY bei ähnlichen Fällen.

Differentialdiagnostisch möchte ich bemerken, daß in allen unseren Fällen, außer der bereits obenerwähnten Gicht, andere Erkrankungsursachen, wie akuter Gelenkrheumatismus, HEBERDENsche Knoten, Gonorrhoe, Lues, Bleivergiftung ausgeschlossen werden konnten. Auf die Bedeutung des gemeinsamen Vorkommens von Gicht und Psoriasis hatten BUSCHKE und MATTHISSOHN schon früher hingewiesen. Fieber, Herzklappenveränderungen waren in keinem Fall vorhanden, neurologische Symptome waren ebenfalls nicht nachzuweisen. Einzureihen sind meine Befunde wohl am ehesten unter die primär chronische progressive Polyarthritis; doch ist hervorzuheben, daß in meinen Fällen fast ausschließlich das männliche Geschlecht im Gegensatz zu dem Überwiegen der Frauen bei der primären Polyarthritis befallen ist. Durch die relative Häufigkeit der Koinzidenz von Psoriasis mit Gelenkveränderungen, die von anderen Autoren und mir infolge ihres gleichförmigen Verlaufes streng als solche gekennzeichnet sind, wird erneut die Berechtigung erbracht, von einer Arthritis psoriatica zu sprechen. Unser Material setzt sich vor allem aus Frühfällen von A. p. zusammen, deren weiteres Schicksal den Gegenstand späterer Arbeiten bilden wird.

Die Beziehungen der phanerogamischen Pflanzen zur Haut

Übersicht über meine seit September 1925 erschienenen Arbeiten

Von

Prof. TOUTON in Wiesbaden

In mehreren Veröffentlichungen bin ich seit etwa Jahresfrist den Beziehungen der sogenannten Blütenpflanzen zu der Haut teils in einer umfassenden Zusammenstellung der weit verbreiteten und sehr zerstreuten Literatur nachgegangen, teils habe ich die dabei auftretenden biologischen Probleme möglichst herausgearbeitet, hier und da auch einen historisch kritischen Maßstab angelegt und meine eigenen Anschauungen mitgeteilt. Von diesen in Betracht kommenden biologischen Fragen interessierte naturgemäß die Idiosynkrasiefrage am meisten, und in ihr wieder das Verhältnis der Idiosynkrasie zur Anaphylaxie. Damit beschäftige ich mich ausführlicher in der „allgemeinen Einleitung" meiner ersten Publikation[1]). Die Bestrebungen zur Aufklärung des Wesens und der Ursachen der Idiosynkrasien begegnen sich vielfach mit denen zur Aufklärung der medikamentösen Dermatitiden, der Toxikodermien im allgemeinen. Ihr Ideal sollte sein die Auffindung „des möglichst einfachen chemischen, in der Pflanze enthaltenen Reizstoffes", eventuell „sogar des mehreren in Frage kommenden Körpern gemeinsamen chemischen Radikals, ja sogar der schädlichen Atomgruppierung eines sonst ungefährlichen Moleküls". Es sollte dabei immer an BLOCHs Aufklärung der Jodoformidiosynkrasie als Wirkung des Metinrestes unabhängig vom Jodatom gedacht werden.

Die Schwierigkeit der Materie liegt in dem meist sehr komplizierten chemischen Aufbau der Pflanzenbestandteile, dessen Aufklärung aber immer erst

[1]) Die Hauterkrankungen durch Pflanzen und Pflanzenprodukte. Ein Ergebnisbericht mit besonderer Berücksichtigung der Idiosynkrasiefrage. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., 1926, Bd. 17, H. 13/14, S. 713—782.

Digitized by Google

der Nachweis des Sitzes der Reizträger in den verschiedenen Organen und Systemen vorausgehen muß. Von diesen werden nur als die wichtigsten die Milchsaft- und Schlauchgefäße sowie die Drüsen mit ihrem Inhalt besprochen, ebenso wie die saftführenden Interzellulargänge — Harzgänge.

Von den chemischen Bausteinen kommen als Reizträger in Frage: die Proteine mit ihren Auf- und Abbauprodukten (Amiden, Asparagin usw.), die Kohlehydrate, Zellulose, Stärke, Zucker, Glykogen, Glykoside; die Fette, Öle, besonders ätherische, die gerbstoffähnlichen Verbindungen, die Farbstoffe, die Alkaloide, die Milchsäfte, die aus gelösten und fein verteilten Stoffen (Emulsionen) bestehen, klar, schleimig, gummihaltig sein oder harzbildende Stoffe enthalten können.

Die Frage, ob der idiosynkrasische Zustand nur eine quantitative Steigerung der normalen Empfindlichkeit bedeutet oder qualitativ von dieser sich unterscheidet, ist noch unentschieden (DOERR, JARISCH, JADASSOHN). Die „intensive Einwirkung hochwirksamer Allergene" (DOERR) kann die Grenzen verwischen. JADASSOHN selbst, der die qualitative Abweichung betont, hält aber doch die Unterschiede „für überbrückbar". Ich halte an dem Unterschiede des „geborenen Idiosynkrasikers" gegenüber dem bloß „Sensibilisierbaren" vorläufig fest.

Alle Einteilungs- und Klassifikationsversuche der verschiedenen Hautreaktionen auf Reizmittel sind bisher mißlungen, sogar der scheinbar allereinfachste auf der Einwirkung von innen oder von außen beruhende (KÖBNER und BEHREND gegenüber BAZIN und BROCQ).

Das Verhältnis der Idiosynkrasie zur Anaphylaxie wird an der Hand der umfassenden DOERRschen Publikationen (1913—1924) dargestellt, ohne die sehr starke Hinneigung DOERRs zur Identifizierung zu teilen, mehr abwartend wie JADASSOHN, der es immer noch für richtiger hält, „Analogien und Differenzen in möglichst großer Zahl festzustellen, mit Verallgemeinerungen aber noch zurückzuhalten". Von der größten Bedeutung ist die Beantwortung der Frage, ob es sich bei der Idiosynkrasie auch um eine Antigen-Antikörperreaktion mit allen ihren Erfordernissen handelt. Nach DOERR spricht dafür die hochgradig spezifische Einstellung der sogenannten monovalenten Idiosynkrasien auf bestimmte Substanzen, die Unabhängigkeit der ausgelösten klinischen Erscheinungen von der chemischen Konstitution und von der Art und Wirkung der auslösenden Stoffe auf nichtidiosynkrasische Menschen und die Gleichwertigkeit dieser Erscheinungen untereinander". Ich weise mit besonderer Betonung auf die historische Tatsache hin, daß bereits vor über 40 Jahren GUSTAV BEHREND einen zwischen Reizgift und idiosynkrasischer Reaktion notwendig existierenden Zwischenkörper — heute Antikörper genannt — rein aus der klinischen Beobachtung heraus forderte. Das aktiv anaphylaktische Experiment, das zu gelungenen Sensibilisierungen führte, hat für viele der bei den Idiosynkrasikern eine große Rolle spielenden Eiweißkörper deren anaphylaktogene Funktion gesichert. Daß es nicht noch häufiger der Fall war, beruht nach DOERR z. T. auf falschen Versuchsanordnungen. Mein Standpunkt, der gerade hier besonders betont wird, ist der: „Die Idiosynkrasie im engeren Sinne ist da, die Anaphylaxie wird experimentell geschaffen durch Sensibilisierung." Im ersteren Falle ist — falls keine direkte Giftwirkung vorliegt — der zellständige Antikörper im Momente der ersten Einwirkung in genügender Menge da, im zweiten Falle wird er erst künstlich durch die Sensibilisierung „heraufgezüchtet". Die erstere beruht nach WIDAL, ABRAMI und LERMOYEZ auf einer kolloidoklasischen Diathese (= primäre Labilität des kolloidalen Gleichgewichts), die keiner Sensibilisierung zur Reizauslösung bedarf. Warum DOERR dem Gelingen des passiv anaphylaktischen Experimentes keine ausschlaggebende Bedeutung mehr für die Anerkennung der Idiosynkrasie als eines anaphylaktischen Zustandes beilegt, begründet er ausführlich damit, daß nicht notwendig die primär zellständigen Allergene ins Blut abgestoßen werden müssen oder daß sie es gerade in einem ungünstig gewählten Zeitraume der Blutabnahme nicht oder nicht in genügender Menge zu sein brauchen. 1924 übrigens legte DOERR doch wieder mehr Gewicht auf den passiven anaphylaktischen Versuch, der sogar für manche Arzneiüberempfindlichkeit positiv ausgefallen war (vgl. BRUCK, KLAUSNER, PRAUSNITZ und KÜSTNER u. a., contra ZIELER, VOLK).

Die verschiedenen klinischen Bilder der Idiosynkrasie, eventuell miteinander kombiniert, lassen sich aus der Beschränkung der zellständigen Antikörper auf einzelne Gewebsparenchyme erklären: idiosynkrasisches Asthma mit Bronchospasmus,

Digitized by Google

Heuschnupfen, Urtikaria, die akuten und chronischen idiosynkrasischen Ekzeme, die angioneurotischen (QUINCKEschen) Ödeme, die gastrointestinalen Formen mit Kolik, Erbrechen und Diarrhoe.

Die große Rolle der Vererbung der Idiosynkrasien, die nach DOERR sich aber nicht auf die spezifische Form beziehen soll, geht daraus hervor, daß 7—10% aller Menschen an irgend einer Idiosynkrasie leiden und daß in der Hälfte derselben eine solche auch in der Antezedenz vorkommt. Die Spezifität soll während der Individualexistenz erworben werden durch Sensibilisierung, z. B. bei Apothekern gegen Ipecacuanha, bei Fellfärbern gegen Ursol, bei Müllern oder Getreidehändlern gegen Getreidestaub. Übrigens gibt es auch vererbte spezifische Idiosynkrasien (LEHNER und RAJKA).

DOERR vermutet in der idiosynkrasischen Anlage eine „gesteigerte Sensibilisierbarkeit". Jedenfalls reagiert nach BLOCH die Idiosynkrasikerhaut viel häufiger auf die verschiedensten allergenen Stoffe als die Normalhaut. Die Sensibilisierbarkeit kann nach DOERR als die individuelle Variabilität der Durchlässigkeit der Zellen des retikulo-endothelialen Apparates definiert werden. „Der kolloide Zustand der Zellgrenzschicht, also die Beschaffenheit der Zellmembran", ist für BLOCH — vorläufig hypothetisch — das Punctum saliens der Disposition, „ihre physikalisch chemische Struktur und damit ihre Durchlässigkeit ist maßgebend für die Art und Menge der Substanzen, die in die Zelle eindringen und dadurch mit dem lebenden Protoplasma in Wechselberührung treten". Diese Veränderungen können hereditär sein oder erworben. Nach KÄMMERER ist eine abnorme Reizbarkeit der Kapillarwandungen und der sie versorgenden Nerven möglicherweise durch Erbanlage ein weiterer Bestandteil der idiosynkrasischen Disposition. Zuerst werden die Endothelien, erst sekundär die glatten Muskelfasern, von dem auslösenden Stoff eventuell dem Produkt der Antigen-Antikörperwirkung angegriffen (biologisch-pathogenetische Begründung des „angioneurotischen Symptomenkomplexes" der Dermatologen). „Stets ist bei der kutanen Idiosynkrasie der Gefäßapparat der Kutis mitbeteiligt" (URBACH). Für die anaphylaktische Natur der Idiosynkrasie sprechen auch vielfache gelungene Desensibilisierungen, z. B. bei alimentären Idiosynkrasien, bei Heufieber, die z. T. auch dauernd bestehen bleiben. Die früher als „Angewöhnung" an Arzneimittel bezeichneten Desensibilisierungen vermehren sich zusehends, so daß außer den „Eiweißidiosynkrasien" auch die Überempfindlichkeit gegen sogenannte Nichtantigene, wie bei den Arzneiidiosynkrasien, von denen sich ja die Pflanzenidiosynkrasien nicht wesentlich unterscheiden, unter den Begriff der zellulär bedingten Antigen-Antikörperreaktion" (Erweiterung des ursprünglichen Anaphylaxiebegriffs durch DOERR) subsumiert werden. Dies war möglich, nachdem durch LANDSTEINER die absolute Notwendigkeit des großen Eiweißmoleküls für die Antigen-Antikörperreaktion ausgeschaltet war. Es gibt nur eine Chemospezifität unabhängig von dem etwaigen Eiweißcharakter durch Einführung ganz einfacher chemischer Verbindungen in das Eiweißmolekül (Sensibilisierung durch Atoxyleiweiß, Schock, Desensibilisierung durch Atoxyl, wie beim Aspirinidiosynkrasiker durch Aspirin). Das Verhalten der LANDSTEINERschen „Haptene", die vielleicht den Vollantigenen gleichzusetzen sind, stützt diese Auffassung weiter. DOERR bestreitet das Vorhandensein einer „Artspezifität" bei den Idiosynkrasien gegen von Tieren oder Pflanzen stammende Substanzen. „Alle vermeintlichen Artspezifitäten müssen auf chemische oder physikalisch-chemische Unterschiede reduziert werden." Das bedeutet aber nach meiner Meinung nichts gegen die oft eklatante Tatsache, daß in manchen Pflanzensippen höheren oder niedereren systematischen Ranges sich die mit analoger Reizwirkung begabten Arten geradezu zusammendrängen, daß es dem unbefangenen Beobachter klar ist, daß dem morphologischen, die systematische Verwandtschaft bedingenden Aufbau auch eine innere (chemische) Verwandtschaft zugrunde liegt (z. B. die Terebinthineen mit den Anakardiazeen, die Euphorbiazeen u. a.). Diese „Sippenreaktionen", wie ich sie nenne, können einen größeren heuristischen Wert für die Auffindung neuer Reizpflanzen und der spezifisch chemischen Reizstoffe haben. Daß die chemische Konstitution das Wesentliche ist, ergaben auch Versuche LANDSTEINERS, dem es gelang, durch Methylierung verschiedener Eiweißarten vom Pferde, vom Huhn, vom Kaninchen, dem Pflanzeneiweiß aus dem Samen des Flachses, dem Edestin, ihnen ihre „Artspezifität" zu nehmen zu gunsten der neuen „Methylspezifität". Die chemische Konstitution des Antigens bringt den Idiosynkrasiker zum Reagieren, der Verlauf der

Digitized by Google

Reaktion aber ist ganz unabhängig davon, er rollt bei allen Idiosynkrasikern in gleicher Weise ab, einmal in Gang gesetzt durch das spezifische Agens.

Die pflanzlichen Anaphylaktogene gehören meist zu den in der Hitze koagulierenden Globulinen oder Albuminen, z. B. Extrakte aus höheren Pflanzen, besonders den eiweißhaltigen Samen (Zerealien, Leguminosen), der Milchsaft von Hura crepitans, gereinigte oder reine vegetabilische Eiweißkörper (Exzelsin, Edestin, Gliadin, Hordein, Zein, Vignin, Glyzinin, Rizin, Krepitin), ferner manche vegetabilischen Fette und Öle (Wells und Osborne). Außerdem sind sie Bestandteile von Zellen, wie lebender und abgetöteter Bakterien, Hefen und von Schimmelpilzen, auch von Pollenkörnern.

Wells kam bei seinen anaphylaktischen Versuchen auch hier zu dem Resultat, daß die Verwandtschaftsreaktionen mehr durch den chemischen Aufbau der Eiweißkörper als durch die biologischen Beziehungen der Samen, d. h. durch die Stellung der Mutterpflanzen im natürlichen System, bestimmt werden.

Lehner und Rajka stehen (1924) fast ganz auf Doerrs Standpunkt: „Die Idiosynkrasie und die Anaphylaxie stellen nur die zwei Grenzformen dar, zwischen denen sich Übergänge konstatieren lassen." „Idiosynkrasie und durch Antigen-Antikörperwirkung bedingte anaphylaktische Prozesse können voneinander nicht scharf getrennt werden.

Als Einführung in den speziellen Teil gebe ich eine ausführliche Schilderung der drei am besten bekannten Pflanzendermatitiden, der Spargel-, der Primel- und der Sumachdermatitis an der Hand der historischen Entwicklung ihrer Kenntnis. Die „Spargelkrätze", bis 1924 nur aus ganz vereinzelten Mitteilungen bekannt, 1924 von Schönhof[1]) an einem als neu vermuteten Fall aufzuklären versucht, wurde 1925 von Sternthal[2]) als ganz verbreitete Gewerbekrankheit der Braunschweiger Saisonarbeiter und besonders -arbeiterinnen geschildert. Dem Leser dieser Wochenschrift sind beide Veröffentlichungen bekannt mit den Versuchen zum Nachweis des eigentlichen Reizstoffes, der nicht gelang, der Sensibilisierung, der fehlenden Desensibilisierung und — aus der ersten Veröffentlichung von Güntz (1880) — der Möglichkeit einer spezifischen Vererbung der Idiosynkrasie.

Bei der Primeldermatitis werden die Nestlerschen und Lowschen Versuche neben den anderen kleineren Beiträgen, besonders auch die Simpsonschen Bestrebungen zur Ermittlung des eigentlichen Reizstoffes, besprochen. Wenn auch neuerdings von Bircher angezweifelt, ist aber bis jetzt die Nestlersche Auffassung, daß dieser an den Kristallen des Drüsenöls hafte, und die Simpsonsche Meinung, es handele sich um ein Glykosid, nicht widerlegt. Nach Nestler wird sich bei genügend langdauernder, intensiver Einwirkung des Sekretes wahrscheinlich niemand als völlig immun erweisen (Bloch: 40—50% Versuchspersonen positiv). In den meisten Fällen ist eine kürzere oder längere Sensibilisation notwendig. Einwandfreie Desensibilisierungen sind noch nicht gelungen, sondern nur gesteigerte Empfindlichkeitsreaktionen.

Bei der Rhus- oder Sumachdermatitis liegen die Verhältnisse bezüglich der Sensibilisierung ähnlich. Die Inkubationszeit kann bis zu 30 Jahre dauern (J. C. White). Nur die Berührung mit dem Milchsaft hat die Reizfolgen, nicht die Ausdünstung oder der Rauch des verbrannten Holzes oder die durch den Wind angewehten Haare. (Rost und Gilg). Simpson fand als Reizsubstanz auch ein Glykosid. Mc Nair erkannte Pfaffs Toxicodendrol und das Lobinol an, die jedenfalls dem Cardol nahestehen. Die oralen und subkutanen Desensibilierungen nach Schamberg und Strickler („Antigen") scheinen trotz verschiedener Widersprüche zu Recht zu bestehen (Williams, Mac Gregor, Wile, Ormsby, Bivings) und sowohl prophylaktisch als therapeutisch viel Nutzen zu stiften, wenn auch noch keine wahre Immunität erreicht ist. Anhangsweise wird von mir auch die Lack- und Mah-Jongg-Spielschachteldermatitis besprochen.

Da eine auf die allgemein verbreitete oder idiosynkrasisch beschränkte Empfindlichkeit gegründete Einteilung noch nicht möglich ist, führe ich die Reizpflanzen oder ihre Bestandteile und Produkte nun in alphabetischer Reihenfolge mit den mir bekannt gewordenen Tatsachen an. Es handelt sich um:

[1]) Diese W., 1924, Bd. 79, Nr. 24a, S. 1221.
[2]) Diese W., 1925, Bd. 80, Nr. 7, S. 254.

Digitized by Google

Achillea millefolium
Aconitum napellus
Allium
Ampelopsis Hoggii
Anacardiaceen
Anacardium officinale
Anacardium occidentale und orientale
Anthemis Cotula
Apfelsine
Arnica montana
Artischocke
Arundo Donax
Asparagus officinalis
Atropa Belladonna
Balsamum Copaivae
Balsamum peruvianum
Bambushaare
Baumwollsamen
Buchweizen
Cactusstacheln
Camphora
Cannabis indica
Capsicum annuum
Carnaubawachs
Cassia-Öl
Chamaecyparis Lawsoniona
Chrysanthemum Leucanthemum
Chrysarobin
Cinchona Calisaya
Citronenöl
Clematis Virginiana
Colophonium
Comocladia
Conium maculatum
Crotonöl
Cubeben
Cuphea urens
Cypripedium
Dammaraharz
Daphne Gnidium
Daphne Mezereum
Datura Stramonium
Digitalis purpurea
Eichenholz
Efeu
Erdbeere
Erica
Eucalyptus globulus
Euphorbiaceen
Flachs
Früchte, getrocknete
Geranium
Getreidestaub
Grenadillholz
Hamamelis virginica
Hippomane mancinella
Hopfen
Humea elegans
Hura crepitans
Hyacinthus
Hyoscyamus niger
Iatropha urens
Insektenpulver
Ipecacuanha
Ipomoea imperialis
Iroco
Juniperus Sabina
Jute
Lorbeeröl
Lycopersicum esculentum
Mahagoniholz
Malachra urens
Mangobaum
Metopium Brownii
Mucuna pruriens
Narzissen
Nelkenöl
Opium und Derivate
Orange, bittere
Palissanderholz
Pastinaca sativa
Pelargonium
Phaseolus vulgaris
Phleum pratense
Phyllodendron consanguineum
Platygyne pruriens
Primula obconica, sinensis, cortusoides etc.
Pyrethrum
„Ragweed"
Ranunculus acer, repens, Flammula, sceleratus
Reis
Rhabarber
Rhus Toxicodendron, venenata, diversiloba, vernicifera
Ruta graveolens
Santelöl
Santonin
Satinholz
Scilla maritima
Semecarpus anacardium
Senfpflaster
Sonnenblume
Strychnos nux vomica
Tabernaemontana citrifolia
Tanacetum vulgare
Teakholz
Terpentinöl
Thapsia garganica
Thuja occidentalis
Tomate (s. Lycopersic.)
Tragia volubilis
Urticaceae
Vanilla planifolia
Veratrum album, nigrum, viride, Sabadilla
Zinnkraut
Zitwerblüten

In dieser Liste sind die Pflanzen z. T. mit den lateinischen, z. T. mit den deutschen Namen aufgeführt, je nachdem angenommen wurde, daß sie geläufiger wären. Immer aber finden sich beide, auch die botanische Klasse und Ordnung nach dem System von STEPHAN ENDLICHER, wenn möglich auch der namengebende Autor und meist auch ihre Herrührigkeit in Parenthese beigefügt. Das „Zinnkraut", der Schachtelhalm, ist die einzige Gefäßkryptogame, sonst handelt es sich nur um Phanerogamen.

Bereits nach Jahresfrist konnte ich diese erste Publikation nicht unwesentlich vervollständigen[1]). Ich leitete diese „Nachträge" durch einige allgemein wichtigere Resultate ein, die sich inzwischen ergeben hatten, so z. B. gelungene passive Übertragungen, die geeignet sind, die anaphylaktische Natur der Idiosynkrasien zu stützen (WERNER JADASSOHN und MARGARETHE ZARUSKI: Sellerieidiosynkrasie, LEHNER und RAJKA: Senfölüberempfindlichkeit, HIRSZFELDOWA und PROKOPOWICZ-WIERZBOWSKA: Ipekakuanhaidiosynkrasie). Ich weise ferner hin auf die an der BLOCHschen Klinik von BIRCHER an ihm selbst mit einem Primel-

[1]) Nachträge zu dem Ergebnisbericht „Die Hautkrankheiten durch Pflanzen und Pflanzenprodukte". Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., 1926, Bd. 20, Nr. 15/16, S. 833—834.

Digitized by Google

destillat" vorgenommenen Versuche. Das hauptsächliche Ziel, eine Desensibilisierung, des primelempfindlichen Kollegen wurde nur partiell erreicht, nicht gegen frische Primelblätter, sondern nur gegenüber abgeschwächtem Antigen. Die Feststellung des chemisch formulierten Reizstoffes gelang nicht. Daß das Öl der Drüsen ihn sicher enthält, glaubt auch Bircher, bezweifelt aber die Nestlerschen Kristalle als Reizträger. Bemerkenswert sind die Antworten einiger führender industrieller Betriebe auf Anfragen betr. das Vorkommen von Reizausschlägen. Merck (Darmstadt), Gehe & Co. (Dresden), Caesar & Loretz (Halle a./S.) geben einstimmig an, daß durch verschiedene hygienische Maßnahmen (Bäder, Waschungen, Entstaubung usw.) diese sich gegen früher erheblich vermindert haben.

Im Herbst 1925 hat Andrews in der Sektion für vergleichende Medizin der Royal society of med. in London einen für das vorliegende Thema in mehrfacher Beziehung wichtigen Vortrag gehalten. Zunächst hebt er die Unklarheiten und Verwechslungen hervor, die durch eine ungenaue Nomenklatur entstehen. Ich hatte schon früher auf diesen Mißstand hingewiesen, der ganz besonders in Erscheinung tritt, wenn anstatt der wissenschaftlichen lateinischen Namen die volkstümlichen der Landessprache benutzt werden, die den Angehörigen einer anderen Sprachgemeinschaft meist ganz unverständlich sind (Beispiel: „Ivy Poisoning", in Amerika für die Rhusvergiftung gebraucht, kann auch die Efeuvergiftung durch Hedera Helix bedeuten). Der „Lathyrismus" des Viehes beruht gar nicht auf einer Vergiftung durch Lathyrussamen, sondern durch andere „Unkräuter". Besonders wichtig für die experimentellen Versuche zur Aufklärung der Pflanzendermatosen sind die Ausführungen Andrews über die verschiedenen Wirkungen, die die gleichen Pflanzen, in verschiedenen Klimaten und auf verschiedenen Böden gewachsen, haben können, nicht zu vergessen die jahreszeitlichen Unterschiede. Gerade der letztere Punkt ist sowohl für das Urteil über die Schamberg-Stricklersche Präventiv- und Behandlungsmethode der Rhusvergiftung ausschlaggebend, wie auch für die Bircherschen Desensibilisierungsversuche mit Primeldestillat. Denn ein Extrakt oder Destillat oder allgemein ein Antigen, was in einem Entwicklungsstadium der Pflanze entnommen ist, in welchem die wirksame Substanz nur in geringer Menge oder unausgereift vorhanden ist, wird naturgemäß ganz andere Resultate geben, als wenn die Entwicklung auf der Höhe ist. Deshalb ist die größte Vorsicht bei der Beurteilung von experimentellen Resultaten hier notwendig[1]). Die oft bis zu 3 Monaten dauernden „Latenzperioden", die nicht auf Kumulierung beruhen, konnte Andrews noch nicht erklären. Ich halte sie für den Ausdruck allmählicher Sensibilisierung („funktionelle Kumulierung" Jadassohn).

Nun werden die neueren Resultate beim Studium der Primeldermatitis (Bloch-Bircher) erwähnt. Bloch neigt für die Idiosynkrasie doch wieder der qualitativen individuellen Abweichung zu. Übrigens hatte bereits Schamberg über allergische Reaktionen mit einer „Primellösung" als Antigen berichtet (Am. med. Assoc., Mai 1925) gelegentlich einer freien Aussprache über die Schamberg-Stricklersche Methode der Behandlung der Rhusvergiftung. Krause und Weidman sprechen dieser jeden Wert ab. Die scheinbaren guten Resultate beruhten vielleicht nur auf der wechselnden Empfänglichkeit der verschiedenen Menschen und der wechselnden Intensität des Reizmittels zu verschiedenen Zeiten (s. o.). Sie stellten die Unmöglichkeit fest, die Krankheit durch ihre Absonderungen zu übertragen und die Notwendigkeit der Berührung der Haut selbst mit dem giftigen Pflanzensaft. Es gibt nach Krause und Weidman eine absolute (und wahrscheinlich dauernde) Immunität. Zwei Drittel scheinbar Immuner konnten sensibilisiert werden, die Hälfte erst nach vorheriger Scheuerung der Haut. Die Inkubationszeit verkürzt sich stetig bei neuen Attacken, die übrigens keine lokale Immunität erzeugen. Die von Krause und Weidman gerügte starke Schmerzhaftigkeit der alkoholischen Antigeninjektionen wurde von Clock durch Lösung in Mandelöl beseitigt. Über die große, durch Williams herbeigeführte freie Aussprache in der Am.

[1]) Ganz besonders interessant sind die Versuche Nestlers (Pharm. Zentralhalle 1926, 11, S. 161) über die jahreszeitlich verschiedene hautreizende Wirkung der einheimischen Euphorbiaarten (Tithymalus), auf die ich in meinem auf der Düsseldorfer Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrag, der in der Dermatol. Zeitschrift erscheint, eingehe.

Digitized by Google

med. Assoc. habe ich ausführlich im Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten referiert. Hervorgehoben sei hier nur das große Gewicht, was auf die spontan so wechselnde Intensität als Grund zu allzu optimistischen Urteilen über die Behandlungsmethode gelegt wurde. Vielen Zweifeln begegnete die von WILLIAMS auf Grund eigener Erfahrungen aufgestellte Behauptung, daß das Antigen aus einer Rhusart gegen die auch von den anderen Arten erzeugte Dermatitis wirke (Toxikodendron-Antigen gegen Vernizifera-Dermatitis, Venenata-Antigen gegen Diversilobavergiftung). FORDYCE, OLIVER, GUY und COLE befürworteten die SCHAMBERG-STRICKLERsche Methode als jedenfalls stark abkürzend und sehr erleichternd.

Nun lasse ich wieder die anderen Reizpflanzen in alphabetischer Reihe, sowohl neue (mit * bezeichnet), in dem ersten Bericht nicht enthaltene, als die schon in diesem enthaltenen, aber mit neuen Zusätzen folgen:

*Acacia spec. divers.
Allium
Ampelopsis Hoggii und *quinquefolia
Anacardiaceae
Anacard. officinale
*Anemone nemorosa, *silvestris, *ranunculoides
*Angelica
Apfelsine
*Arenga saccharifera
Arnica montana
*Aroideae
Arundo Donax
*Atriplex litoralis var. *angustissima und *serrata
*Bassia paradoxa
*Bryonia spec. div.
*Buxus sempervirens
Cactusstacheln
*Calotis cuneifolia
*Caltha palustris
Camphora
Cannabis indica
Capsicum annuum
*Carica Papaya
*Chelidonium majus
Chrysanthemum
Cinchona
Clematis Virginiana
*Clematis Flammula und ? Vitalba
*Cnicus benedictus
*Colchicum autumnale
*Cortusa Matthioli
*Cotoneaster microphylla
Crotonöl
Cypripedium
Dammaraharz
*Daphne Laureola u. a.
*Dioscorea transversa
Efeu
Eucalyptus globulus u. a.
Euphorbiaceae
*Ferula communis
*Ficaria ranunculoides
Früchte, getrocknete und *eingemachte
*Gahnia Psittacorum
Getreidestaub und *andere Milbenträger
*Gingko biloba
*Gluta Rhengas
*Graspollen
Grenadillholz
*Grevillea robusta
Hamamelis virginica
*Henna
*Heracleum Sphondylium
*Heracleum Mantegazzianum
Hippomane mancinella
*Hölzer
Hopfen
Humea elegans
*Inula graveolens
Ipecacuanha
Juniperus Sabina
Jute
*Loaseae
Lycopersic. esculent. (Tomate)
Mahagoniholz
*Melaleuca linearifolia
Mucuna pruriens
Narcissen
Nelkenöl
Opium mit Derivaten
*Ostrya virginica
*Oxyria reniformis
Pastinaca sativa
*Pfeffer
*Plumbagineae
*Pulsatilla pratensis
Ranunculus *Lingua, *Thora, *polyanthemos
*Rettich
Rhabarber
Ruta graveolens
Scilla maritima
*Sedum acre
*Sellerie
Semecarpus anacardium
Senfpflaster
Sonnenblume
*Spinifex
Strychnos nux vomica
*Tabak
Tanacetum vulgare
Teakholz
*Tephrosia toxicaria
Terpentinöl
Thapsia garganica
Thuja occidentalis
*Thuja orientalis
*Tribulus
*Trifolium hybridum
Urticaceae
Vanilla planifolia
Veratrum *parviflorum
*Vitis vinifera
*Xanthium Strumarium
*Yohimbin
Zitwerblüten

Nach einem Vortrag, den ich im Winter 1925 im Nassauischen Verein für Naturkunde gehalten habe, erschien von mir ein kleiner Artikel: Idiosynkrasie gegen Pflanzen und Pflanzenprodukte (Umschau, 1926, 30. Jahrg., H. 19, S. 375—378), in dem die Spargel-, Primel- und Rhusdermatitis allgemeinverständlich behandelt wurde. Zum Dresdener Dermatologenkongreß (Sept. 1925) brachte das Riedelarchiv (1925, Jahrg. 14, Nr. 3, S. 1—7) einen Artikel von mir: Die Sumachdermatitis, Sensibilisierung, Desensibilisierung und Behandlung. Das „Primelekzem und die modernen Heilversuche" wurde von mir in Knolls Mitteilungen für Ärzte (1926, H. 2, S. 1—5) erörtert.

Digitized by Google

Die Diskussion zu Doerrs auf dem Dresdener Dermatologenkongreß verlesenem Referat: „Über Allergie und allergische Hauterkrankungen" eröffnete ich. Eingangs stellte ich fest, daß unsere Hautidiosynkrasien kein einheitlicher und vorläufig keinesfalls ganz allgemein als anaphylaktischer Vorgang, d. h. als Antigen-Antikörperreaktion, aufzufassen seien. Zweifellos gibt es aber unter den Hautidiosynkrasien solche Vorgänge, zumal die Sensibilisierungen und besonders die mit gelungener passiver Übertragung gehören wohl dazu. Aber auch solche, wo der Ausschlag nach der ersten Berührung auftritt, und bei denen eine etwaige Sensibilisierung durch das Plazentarblut oder die Muttermilch ausgeschlossen werden kann. Hier muß angeboren außer der anatomischen Disposition (kolloidaler Zustand der Zellmembran der Epithelien und der Zellen des retikulo-endothelialen Apparates) noch ein zellständiger Antikörper vorhanden sein. Bei den Sensibilisierungen nach mehrfachen Einwirkungen bedarf die konstitutionell auch vorhandene anatomische und physikalisch-chemische Disposition, die Schwäche der Zellmembran, erst eines mehrfachen Anstoßes von außen, ehe sie klinisch in Erscheinung tritt. Der Antikörper brauchte nicht notwendig vorhanden zu sein oder nur schwach; er könnte vielleicht durch das Antigen erst provoziert oder verstärkt werden.

Die so sehr wechselnden klinischen Bilder der idiosynkrasischen Hautausschläge durch einen und denselben Stoff bei verschiedenen Menschen (Brom, Jod, Chinin usw.) lassen sich auch erklären durch direkte Einwirkung des Reizstoffes auf das Zellprotoplasma der mit abnorm durchlässigen Membranen begabten Zellen, je nach der Verschiedenheit der abnormen Zellgruppen (oberflächliches oder tiefes Epithel, Endothelien der oberflächlichen und tiefen Kapillaren, um die Haarbälge, Talg- oder Schweißdrüsen, Nervenfasern, Nervenendorganen, glatte Muskelfasern usw.). Bei gleichem klinischem Bild trotz verschiedener Reizstoffe (viele Ekzeme, Urtikaria, Arzneiausschläge), kann man eine Anaphylaxie wenigstens vermuten. Die Analogie mit der Anaphylaxie aber versagt, wenn in dem gleichen Organ „Haut" die Reaktion bei der gleichen naturwissenschaftlichen Art „Mensch" durch den gleichen Reizstoff ganz verschieden abläuft, je nach dem Ergriffensein der verschiedenen Gewebskomponenten, nach der wechselnden Intensität des Angriffs auf die einen oder die anderen, auch je nach der Einwirkung von innen oder von außen. Bei dieser Frage ist es ganz gleich, ob es sich um eine direkte toxische Einwirkung des Reizstoffes selbst oder um eine indirekte, von dem Resultat der Vereinigung eines supponierten zellständigen Antikörpers mit dem Reizstoff herrührende handelt. So kann auch, je nach der verschiedenen histologischen Reaktionsstelle der Antigen-Antikörperreaktion, das klinische Bild ganz verschieden ausfallen, das Gegenteil wäre unnatürlich. Damit wird die häufig vorkommende Gleichheit des klinischen Bildes bei verschiedenem Reizstoff nicht geleugnet. Hier hat der auf die verschiedenen Reizstoffe abgestimmte zellständige Antikörper den gleichen histologischen Sitz in dem komplizierten Gefüge der Haut. „Wir kommen vorläufig nur weiter, wenn wir zwischen ‚Idiosynkrasie' und ‚Sensibilisierbarkeit' unterscheiden. Erstere ist immer angeboren, letztere kann es in der Anlage, muß es aber nicht sein, sie kann auch erworben werden." Beide beruhen auf Konstitutionsanomalien, die eine Variation durch Mutation bedeuten können (vgl. Nägeli-Zürich über die familiären Erkrankungen an Hämophilie, hämatogenem Ikterus usw.). Es handelt sich prinzipiell um dasselbe wie bei der Idiosynkrasie des mit Epidermolysis bullosa hereditaria Behafteten gegenüber leichten Traumen oder des an Xeroderma pigmentosum Leidenden gegen Lichteinwirkung (Sensibilisierung während des 1. und 2. Lebensjahres). Bei letzterem ist das eigentliche „anaphylaktische Schockgewebe", die Endothelien der Kapillaren, mächtig entwickelt (Jarisch). Bei diesen Mutationen (Sprungvariationen) muß keineswegs eine Höherzüchtung der Ausgangsart das „Endziel" sein (Hugo de Vries, Gulick) entgegen Darwins Selektionstheorie, nach der immer nur nützliche Eigenschaften neu entstehen können. Diesen Punkt führte ich noch weiter aus nach der Seite des Verhältnisses der durch Mutation entstehenden Sippe der wahren Idiosynkrasiker und der Sensibilisierbaren (entweder zwei neue Mutationstypen oder beim letzteren — als eine Art Übergang — schon latente Mutationsneigung).

Auf der Naturforscherversammlung in Düsseldorf hielt ich einen Vortrag über „Pseudophytogene und phytogene Berufs- und Gewerbedermatosen", der in der Dermatologischen Zeitschrift in extenso erscheinen wird. Einleitend hob

Digitized by Google

ich die Vorteile der Massenbeobachtung in Gewerbebetrieben zur Aufklärung der Reizwirkungen auf die Haut hervor, die z. T. experimentelle Beobachtungen großen Stiles ersetzen kann. Im ersten Teil besprach ich die fälschlich zu Lasten der Pflanzen gebuchten Hautaffektionen, die nur auf Bewohner oder Schmarotzer derselben beruhen (Schimmelpilze, Hefen, Milben), mechanische Einwirkung, chemische, die mit der Verarbeitung der Pflanzen zusammenhängen. Die wahren phytogenen Gewerbedermatosen behandele ich in 10 Gruppen, in denen die ähnlichen Berufsarten zusammengefaßt sind. Am Schluß wird der Sitz der verschiedenen Reizstoffe in den verschiedenen Pflanzenorganen festgestellt, die Reizstoffe selbst, soweit sie bekannt sind, wenigstens nach den größeren chemischen Körpergruppen aufgeführt und auf die besonders für die experimentellen Forschungen wichtigen Verschiedenheiten des Gehaltes der Reizpflanzen an der wirksamen Substanz je nach dem jahreszeitlichen Entwicklungsstadium derselben hingewiesen.

Recklinghausensche Krankheit und kongenitale Syphilis

Von

Dr. H. Behdjet

Leiter der dermato-syphilidologischen Abteilung am Krankenhaus Gouraba (Konstantinopel)

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin)

Im Verfolg der Untersuchungen, die ich während des Weltkrieges an einem Kranken mit Recklinghausenscher Krankheit in Adrianopel angestellt hatte, wurde bei ihm das Vorliegen einer kongenitalen Syphilis festgestellt, und mit Rücksicht auf die großen, mit dieser Krankheit verbundenen Veränderungen und nervösen Störungen hatte ich die Frage einer Beziehung zwischen der Recklinghausenschen Krankheit und der kongenitalen Syphilis aufgeworfen (Derm. W., 1922, Bd. 75, Nr. 42).

Nach dem Waffenstillstande fand ich noch zwei Fälle dieser Krankheit in Konstantinopel, und zwar einen Mann, der unser Krankenhaus aufsuchte, und eine Frau, die mich in meiner Privatklinik konsultierte.

Der erste Kranke suchte die dermatologische Poliklinik des Krankenhauses Gouraba wegen einer Krätze auf. Ich fand bei ihm die deutlichen und charakteristischen Erscheinungen der Recklinghausenschen Krankheit. In den ersten Tagen wurde die pustulöse Krätze der Hände und des Gesäßes behandelt; nachdem die beachtenswerten allgemeinen Veränderungen des Gesichtes und des Körpers bemerkt worden waren, behielt ich den Kranken zum weiteren Studium zurück.

Anamnese: Vater tot; die Mutter hatte 5 Kinder gehabt, von denen drei in frühem Alter gestorben waren. Unser Patient war der ältere der beiden Überlebenden. Seit einem Zeitraume, dessen Beginn er nicht genau angeben konnte, klagte er über das Auftreten von Geschwülsten an der Brust, dem Leib und den Extremitäten; ebenda waren allmählich Flecken aufgetreten, wie der Kranke mit einer gewissen Mühe berichtete. Seine Intelligenz war beschränkt, er konnte nur bis vier ihm gestellte Fragen beantworten, bei einer größeren Zahl geriet er in Verwirrung. Es bestand also Idiotie. Da über die Histologie der Krankheit Klarheit bestand und angesichts der zahlreichen Theorien über die Genese, die allgemeinen Veränderungen und die Störungen am Nervensystem und den Zähnen wollte ich die Gelegenheit nicht versäumen, einen Wassermann anzustellen und die Beziehungen der Krankheit zu der kongenitalen Syphilis zu untersuchen.

Die WR im Blut war vollkommen negativ; die Untersuchung des Liquors nach verschiedenen Methoden und mit Hilfe verschiedener Extrakte ergab folgendes Resultat: Albumin 0,45, Lymphozyten 5, WR +; es bestand also Lymphozytose und Hyperalbuminose.

Aus der offenbaren Idiotie des Patienten, seinen Erzählungen, seiner Familiengeschichte, den Veränderungen an den Zähnen und Knochen ließ sich der Schluß ziehen, daß er an kongenitaler Syphilis litt.

Die zweite Beobachtung betraf die Frau eines syrischen Kaufmannes. Sie hatte 3 Kinder hintereinander vorzeitig verloren und wandte sich mit ihrem Manne an

Digitized by Google

mich, um die Ursache davon zu erfahren. Sie war 30 Jahre alt, seit 8 Jahren verheiratet; die Ursache des frühen Todes ihrer 4 Brüder war ihr unbekannt. Ihre Mutter war vollkommen gesund, der Vater jedoch, ein Vetter der Mutter, im Alter von 40 Jahren an den Folgen einer Hemiplegie gestorben. Das erste Kind hatte sie 3 Stunden nach der Geburt verloren, bei den beiden anderen hatte sie ohne erkennbare Ursache im 7. bis 8. Monat abortiert. Das Haar der Kranken war sehr fettig, auf ihrer Oberlippe bemerkte man eine deutliche Hypertrichosis. An verschiedenen Teilen des Körpers fanden sich deutliche und charakteristische Zeichen einer fibromatösen Veränderung, runde, weiche, schmerzlose Geschwülste, z. T. gestielt, z. T. der Haut anliegend. Sie hatten die Größe einer Erbse bis zu der einer kleinen Nuß und saßen an den oberen Extremitäten, der Brust und dem Bauche. Die Kranke meinte, daß die Geschwülste, eine oder zwei an Zahl, mit Flecken vom Umfange einer Linse an der Schulter begonnen und sich nach ihrer Verheiratung im Anschluß an den zweiten Abort vermehrt hätten. Sie stotterte und sprach mühselig. Seit 4 Jahren klagte sie über Kopfschmerzen und Magenstörungen, wegen deren sie bei verschiedenen Ärzten in Behandlung gewesen war. Das Gedächtnis war unverändert. Nach den Erzählungen ihrer Mutter hätte die Großmutter auch an Geschwülsten gelitten, was das Vorkommen der Recklinghausenschen Krankheit in zwei Generationen zeigt. Reflexe normal, Muskulatur von regelmäßiger Entwicklung.

Die mittleren oberen Inzisivi zeigten halbmondförmige, bogenförmige Ausbuchtungen des freien Randes mit Konvexität nach dem Zahnhalse zu, wie bei Hutchinsonschen Zähnen. Die Zähne des Unterkiefers zeigten große Zwischenräume, die übrigen Zähne Mikrodentismus; an den ersten oberen Molaren fand sich kein Tuberkulum Carabelli.

Am rechten Knie hatte die Kranke nach ihrer Angabe seit ihrem 12. Jahre Anschwellungen bemerkt, die unbehandelt und unverändert geblieben waren, ihr aber keine Beschwerden machten.

Die wichtigste Frage bei dieser Kranken war der vorzeitige Verlust der Kinder und der durch den Zustand der Zähne hervorgerufene Verdacht einer kongenitalen Syphilis. Die Zahnveränderungen waren deutlich und stimmten völlig mit denen der kongenitalen Syphilis überein. Sie machten in Verbindung mit dem vorzeitigen Verlust der Kinder, obwohl die WR negativ war, die kongenitale Syphilis wahrscheinlich; auch der Hydrarthros des rechten Knies war in dieser Beziehung interessant, und die Hypertrichosis der Oberlippe gab mit Rücksicht auf die Untersuchungen, die sie zu einer Dysfunktion der Ovarien bei kongenitaler Syphilis in Beziehung bringen, eine weitere kleine Stütze[1]). Die Syphilis, besonders die kongenitale, übt auf die endokrinen Drüsen einen Einfluß aus und stört ihre Funktion.

Die Rolle der endokrinen Drüsen bei der Entwicklung der Muskeln, Knochen, Zähne ist bemerkenswert. Die bei unserer Kranken tatsächlich festgestellten Veränderungen würden in den Bereich der durch die kongenitale Syphilis bewirkten fallen[2]).

Bei dem Ehemanne war die WR vollkommen negativ, alle Reflexe normal.

In Übereinstimmung mit den bisher veröffentlichten Fällen lassen die bei der Kranken mit Recklinghausenscher Krankheit vorhandenen Stigmata auf kongenitale Syphilis schließen[3]).

Weitere Untersuchungen über diesen Gegenstand werden uns genaueren Aufschluß über die aufgeworfene Frage geben.

---

[1]) Dracolides, L'hypertrichose de la lèvre supérieure chez la femme, considérée comme stigmate de la syphilis héréditaire. Ann. Derm., 1925, Nr. 12. — [2]) Buschke und Gumpert, Kongenitale Syphilis und innere Sekretion. Kl. W., 1925, Nr. 28. — Cedercreuz, Sind innersekretorische Störungen auf kongenitalluetischer Grundlage als Ursache der Hutchinsonschen Trias aufzufassen? M. m. W., 1925, Nr. 46. — Engelbach und Mc Mahon, Osseous Development in Endocrin Disorders. Endocrinology, 1924, Bd. 8. — Hutinel, La dystrophie de l'adolescence. Paris 1924. — Sabouraud, Hérédo-syph. et dentition. La médécine, Nov. 1920. — Hutinel et Stevemin, La syph. hér. et dystrophie. Arch. de méd. des enfants. Paris 1919. — [3]) Gravagna, Sur un cas de maladie de Recklinghausen. Ann. Derm., 1925, Nr. 10. — Montpellier, Maladie de Recklinghausen et syphilis héréditaire. Bull. Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1925, Nr. 9.

Digitized by Google

Urethritis abacterica infectiosa

Von

Priv.-Doz. Dr. Hugo Hecht in Prag

I. Am 19. VII. 1916 kam A. W., Feldwebel der Kraftfahrertruppe, zur Ordination mit der Angabe, seit gestern (18. VII.) früh die Anzeichen eines Trippers zu bemerken, die er als Kitzeln in der Harnröhre, starkes Brennen beim Urinieren und reichlichen Ausfluß schilderte. Er hatte zuletzt am 15. und 16. VII. und 14 Tage zuvor Verkehr mit seiner Frau, die in einer Provinzstadt wohnte. Er sei nie geschlechtskrank gewesen und verkehre seit seiner Heirat nur mit seiner Frau.

Bei Besichtigung des Gliedes zeigte sich die Harnröhrenmündung stark entzündet und gerötet; sie war sehr schmerzhaft und mit eingetrocknetem Sekret bedeckt. Bei Druck auf die Harnröhre entleerte sich reichlich Eiter von weißlicher Farbe und zäher, glasiger Beschaffenheit. Die mikroskopische Untersuchung ergab massenhaft Leukozyten und spärliche Epithelien, aber keine Mikroorganismen. Der frisch entleerte Harn war klar mit Schleim und zahlreichen Fäden.

Es wurde ein Santalpräparat und die übliche Diät verordnet. Bis zum 24. VII. hatten die subjektiven Beschwerden fast ganz nachgelassen, der Ausfluß war bedeutend geringer geworden, bot im übrigen aber dasselbe mikroskopische Bild wie bei der ersten Untersuchung.

Am 27. VII. kam ein Zivilist, K. S., und bat um Untersuchung. Er habe seit gestern früh starkes Brennen beim Urinieren, seit Mittag starken Ausfluß. Er gab auf Befragen an, verheiratet zu sein und vor 4 Wochen zum letzten Male mit seiner Frau verkehrt zu haben. Vor 5 Jahren hatte er Tripper gehabt, sei aber vollkommen ausgeheilt gewesen. Mit fremden Frauen habe er seither nicht verkehrt.

Die Besichtigung ergab dasselbe Bild wie bei dem vorhin beschriebenen Kranken A. W. Die mikroskopische Untersuchung des reichlich vorhandenen weißen, zähen, glasigen Sekretes ergab viele Leukozyten und spärlich Epithelzellen, aber keine Spur von Mikroorganismen.

Während der mikroskopischen Untersuchung fragte der Patient plötzlich, nachdem er nochmals seine frühere Angabe, in den letzten 4 Wochen vor Ausbruch der Harnröhrenentzündung nicht verkehrt zu haben, bekräftigt hatte, ob es möglich sei, eine derartige Erkrankung durch Gebrauch einer fremden Hose erwerben zu können. Der Kamerad, dessen Hose er sich ausgeborgt hätte, sei nämlich seit kurzem bei mir in Behandlung. Sprach's, stand auf und brachte aus dem Wartezimmer den Besitzer der erwähnten Hose herbei, meinen Patienten A. W.

Der genaue Tatbestand war folgender: K. S., Gefreiter der Kraftfahrertruppe, hatte sich am 21. VII. von seinem Kameraden A. W. eine Hose ausgeliehen; es war dieselbe, in der A. W. zu seiner Frau auf Besuch gefahren sei und die er seit seiner Rückkehr nicht mehr angehabt hatte. Am 26. VII. seien bei K. S. die ersten Anzeichen einer Harnröhrenerkrankung aufgetreten, die er sogleich mit der Hose in Zusammenhang gebracht hatte, ohne von einer Geschlechtskrankheit seines Kameraden etwas zu wissen. Erst auf seine Frage erzählte ihm der letztere, daß er in meiner Behandlung stehe.

Der Gedanke einer Ansteckung lag auch für mich nahe. Ich dachte an einen mit Löfflers Methylenblau nicht darstellbaren Erreger und untersuchte nunmehr die Sekrete beider

1. nach Gram,
2. nach Giemsa,
3. im Dunkelfeld,

ohne irgend etwas von einem Erreger zu bemerken. Ich dachte an Trichomonas vaginalis als Erreger, der als Ursache einer häufig vorkommenden typischen Colpitis purulenta beschrieben wurde (O. Hoehne). Der Nachweis ist nicht schwer, wenn das Sekret frisch untersucht wird. Wiederholte Untersuchungen blieben aber bei beiden Patienten erfolglos.

Über den weiteren Verlauf kann nur so viel gesagt werden, daß bei interner Behandlung alle subjektiven Beschwerden innerhalb einiger Tage abklangen. Da beide kurz darauf ins Feld gingen, waren weitere Untersuchungen unmöglich.

Digitized by Google

Am 28. IX. 1926 kam ein Patient, V. Ch., den ich im Jahre 1919 wegen Gonorrhoe behandelt und im Laufe der nächsten Jahre wiederholt nachuntersucht hatte, zur Ordination mit der Angabe, er hätte das letztemal am 22. IX. mit seiner Frau verkehrt. Anderen Geschlechtsverkehr habe er nicht. Seit dem 25. IX. bemerke er einen starken Ausfluß aus der Harnröhre, doch seien keine Schmerzen vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung des grauweißen Sekretes, das sich in reichlicher Menge aus der Harnröhre entleerte, ergab nichts als Eiterzellen. Der Harn war in der ersten Portion trüb, in der zweiten angelaufen. Die Untersuchung des Eiters im Nativpräparat, ferner nach Gram, Giemsa und im Dunkelfeld zeigte nichts Besonderes. Es wurde Gonosan verordnet. Am 30. IX. war der Ausfluß verschwunden und im spärlichen Sekret nur wenige Eiterzellen vorhanden. Die erste Harnportion angelaufen, die zweite schon klar.

Ich bestellte sofort nach der ersten Ordination die Frau des Patienten zu mir. Die Anamnese ergab, daß sie im Jahre 1919 Gonorrhoe mit Zystitis gehabt hätte und nach einer 1921 stattgefundenen Entbindung eine Eierstocksentzündung. Sie gab an, seit mehreren Tagen so starken Ausfluß zu haben, daß es „wie bei der Periode von ihr fließe". Vielleicht hätte sie auch etwas Fieber gehabt. Die mikroskopische Untersuchung ergab nichts als Eiter, ebenso die Untersuchung nach Gram, Giemsa und im Dunkelfeld.

Am 1. X. war der Ausfluß unter Hypermanganspülungen bedeutend geringer geworden, und mikroskopisch wurden wiederum nichts als Eiterzellen gefunden. Die Patientin klagte über Schmerzen im Unterleib; es konnte eine Reizung des rechten Eierstocks festgestellt werden. Einige Tage später war der Ausfluß vollkommen verschwunden.

Die Einreihung dieser Formen von abakteriellem Harnröhrenkatarrh in die bisher bekannten Gruppen fällt deshalb schwer, weil es sich fraglos um übertragbare Formen handelte.

Aus dem bisher vorliegenden Material, das zuletzt Fritz Callomon zusammenfaßte, geht hervor, daß in den letzten Jahren unsere Kenntnis über die Ursachen dieser Erkrankung sich nicht erweitert hat. Nach Königstein, der das betreffende Kapitel im Handbuche für Geschlechtskrankheiten (1912) bearbeitet hat, sind zwei Gruppen zu unterscheiden: die bakterielle, nicht gonorrhoische Urethritis mit kurzer Inkubationszeit, akutem Verlauf und im allgemeinen günstiger Prognose, ferner die nichtgonorrhoische Urethritis unbekannter Ursache, mit langem Inkubationsstadium, schleppendem Verlauf und bezüglich Ausheilung oft ungünstiger Prognose.

Venerische Urethritis ohne bekannte Ursache ist schon mehrfach beschrieben worden (Róna, Piccard, Guiard, Jamin, Barlow, Waelsch). Bei all diesen ist lange Inkubationszeit (5—16 Tage), chronischer Verlauf und relativ geringfügige subjektive Beschwerden charakteristisch.

Die von mir beschriebenen vier Fälle, deren Übertragbarkeit festgestellt ist, entsprechen aber nicht dem von Waelsch beschriebenen Typus. Ganz im Gegenteil ist diese Form durch kurze Inkubation, stürmische Erscheinungen und raschen Ablauf unter innerer Behandlung charakterisiert. Es wird deshalb diese Form als eine eigene Gruppe aus dem großen Heer der nichtgonorrhoischen Harnröhrenerkrankungen hervorgehoben und als „Urethritis abacterica infectiosa" bezeichnet.

Literatur

Callomon, Urethritis und Epididymitis non gonorrhoica. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 19, S. 577 (reichlich Literatur). — Waelsch, Über chronische nichtblennorrhoische Urethritis. Arch f. Derm., Bd. 123, H. 5.

Digitized by Google

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 23. November 1926

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

1. Jacobi (Universitätshautklinik): a) **Fall von Sklerodermie.**
b) **Lymphadenosis cutis circumscripta faciei.**

2. Überschär: a) **Favus.** 20 Jahre alter psychopathischer Fürsorgezögling. Leidet seit Kindheit an Favus, desgleichen eine 3 Jahre ältere, jetzt geheilte Schwester. Ist seit 2 Jahren in einer Fürsorgeanstalt untergebracht und unbehandelt, hat in dieser Zeit mit 15 anderen Zöglingen auf engem Raum zusammengelebt, ohne daß eine Übertragung stattgefunden hat. Ausschließlich befallen ist der behaarte Kopf, am Vorderhaupt finden sich ausgedehnte fleckförmige Narben, von spärlichen Haarbüscheln umrahmt. Das Hinterhaupt ist von einer zusammenhängenden gelblichgrauen Kruste eingenommen, die sich an den Rändern in schwefelgelbe Einzelskutula auflöst.

b) **Karzinommetastasen der Haut.** 40 Jahre alter Metallarbeiter, der vor 20 Jahren Gonorrhoe gehabt hat, von einer Luesinfektion aber nichts weiß, erkrankte vor 10 Wochen mit Magenbeschwerden und zunehmender Abgeschlagenheit. Der Gang wurde unsicher, es traten heftige Kopfschmerzen und Hörstörungen auf, das Körpergewicht sank in 7 Wochen von 100 auf 75 kg. Nach der Aufnahme ins Krankenhaus stellten die Internisten zunächst eine Tabes fest; Reflexstörungen und Liquorveränderungen; auch WR und SGR im Blutserum waren ++ schwach positiv. An der Kopfhaut finden sich eine Anzahl ganz unregelmäßig verstreuter Knoten, die nach Angabe vor 7—8 Wochen alle gleichzeitig entstanden sind und keine Beschwerden verursachen, etwa 30 an der Zahl, kutan-subkutan gelegen, flach halbkugelig vorgewölbt, von Linsen- bis Bohnengröße, mäßig scharf begrenzt, sehr hart, nicht schmerzhaft. Am Hinterkopf finden sich außerdem einige etwas größere Verdickungen des Periosts, über denen die Galea verschieblich ist. Die Knoten haben während der drei Wochen langen Beobachtungszeit an Zahl und Größe zugenommen. Die Palpation des Magens ergibt einen Druckschmerz und geringe Resistenz, seine chemische Untersuchung völliges Fehlen freier, bei 4% gebundener Salzsäure, die röntgenologische Untersuchung ließ keine Veränderung erkennen. Im Stuhl konnte mehrmals okkultes Blut nachgewiesen werden. Die Leber ist vergrößert, glatt, derb, etwas druckschmerzhaft, die Milz nicht palpabel. Das Blutbild zeigt eine Anämie. Während die Vielheit und die klinische Beschaffenheit der Hautknoten, die hochgradige Kachexie und das Fehlen leukämischer Blutveränderungen keinen Zweifel zuläßt, daß es sich um Hautmetastasen eines malignen Tumors handelt, ist es klinisch nicht zu entscheiden, ob ein Karzinom oder Sarkom vorliegt und wo der Primärtumor zu suchen ist. Immerhin machen es der Mangel an freier Magensalzsäure, die Druckschmerzhaftigkeit in der Magengegend und der Nachweis okkulten Blutes im Stuhl wahrscheinlich, daß es sich um einen primären Tumor des Verdauungstraktus handelt, wie es für die Mehrzahl dieser in der Literatur beschriebenen Fälle zutrifft. Die histologische Untersuchung zweier von Rücken und Bauchhaut entnommener Knoten zeigt eine Ansammlung von Zellen in den unteren zwei Dritteln der Kutis und angrenzenden Subkutis. Während sich hier in der Nähe der Gefäße kompaktere, größere, gegen die Umgebung schärfer abgrenzbare Tumormassen finden, weist die Kutis lockergefügte Zellhaufen und -stränge auf, die sich in den Bindegewebsspalten nach allen Seiten vorschieben und sich allmählich verlieren. Die stärkere Vergrößerung zeigt, daß die Neubildung aus kleinen völlg gleichförmigen Epithelzellen besteht, die in den größeren, an der Subkutisgrenze gelegenen Tumoren nur etwas dichter gedrängt, polygonal und dunkler als die Epidermis erscheinen, während die lockeren Zellstränge der Kutis die epitheliale Natur deutlich erkennen lassen. (Demonstration von mikroskopischen Präparaten).

Diskussion. Pulvermacher (zu 1a, Fall von Sklerodermie): Während der Haarstatus des Patienten sonst keine Besonderheiten zeigt, fällt der Ausfall des äußeren Drittels der Augenbrauen auf. Da dies insbesondere von französischer Seite als ein Symptom des Dysthyreoidismus angesehen wird, paßt es zu den durch den Gaswechselbefund festgestellten Hypothyreoidismus.

Digitized by Google

Heller (zu 2b, Fall von Favus) weist auf das Freibleiben der Nägel hin, trotzdem unzählbare Infektionsmöglichkeiten bestanden; warum in einzelnen Fällen die Nägel beteiligt sind, ist ganz ungeklärt.

3. Löhe: **Lymphadenitis gummosa inguinalis.** a) 27jähr. Patient, der sich 1918 mit Lues infizierte und bis 1923 4 Quecksilberkuren, davon 2 mit Salvarsan, machte. Mitte Oktober 1926 begann eine Schwellung in beiden Leisten. In der rechten Leistenbeuge befindet sich eine größere, in der linken eine etwas kleinere völlig indolente Geschwulst, an der man deutlich eine Reihe von kirsch- bis hühnereigroßen Drüsen abgrenzen kann. Die Haut darüber ist bläulichrot, einzelne Lymphdrüsen sind erweicht, zwei spontan durchgebrochen. Auf dem Dorsum penis fand sich bei der Aufnahme eine Gruppe von 5 erbsengroßen, scharf umschriebenen, das Niveau überragenden Knoten, von denen 2 zentrale Erweichung aufwiesen. Dieselben sind unter spezifischer Behandlung bis auf den größeren Knoten mit Pigmentierung abgeheilt. WR stark positiv. Unter spezifischer Behandlung (Jodkali und gemischte Kur) wesentlicher Rückgang aller Erscheinungen.

b) 18jähr. Patient mit tumorartigem Primäraffekt auf dem hinteren Drittel der rechten Zungenhälfte, daneben sekundäres papulöses Syphilid. Charakteristische Schwellung der submaxillaren, der oberflächlichen und tiefen Hals- und Supraklavikulardrüsen.

4. Buschke: a) 55jähr. Mann mit **Starkstromverletzung** am 25. Sept. 1926 von 600 Volt Spannung. An den Eintrittsstellen des Starkstromes über dem linken Daumenballen und an der Innenfläche der Hand über den Grundphalangen fanden sich 6 Strommarken, die jetzt kaum erkennbar sind, keine Verbrennungen. Dagegen finden sich ausgedehnte streifenförmige Verbrennungsmarken am linken Angulus mandibulae, bis zum Kinn reichend (mit Fazialisparese), und linken Unterarm. An der Eintrittsstelle des Stroms kommt keine Verbrennung zustande (vgl. Riehl, Veiel), nur wo der Strom Gegenstände zum Glühen bzw. zur Verbrennung bringt, kommt es hierdurch zu einer Verbrennung der Haut.

b) 54jähr. Mann mit **Tabes und Zungenkarzinom** (großes Ulkus am Zungenrand). Gumma, das differentialdiagnostisch in Frage kam, mußte nach dem histologischen Befund abgelehnt werden.

c) 20jähr. Mann mit **Lues congenita,** Keratitis parenchymatosa, Hutchinsonschen Zähnen, Höherstehen des Zahnfleisches an dieser Stelle. Trotz intakter Schleimhaut fehlt der größte Teil des harten knöchernen Gaumens (analog dem von Buschke beschriebenen Fall von Fehlen des Zwischenkiefers bei Lues congenita).

d) 56jähr. Mann mit **tuberoserpiginösem Syphilid und Akrodermatitis atrophicans.**

e) 40jähr. Mann mit ausgedehnten **tuberoserpiginösen und papulösen Herden** an Rumpf und Extremitäten (1900 Lues, 4 Schmierkuren).

f) 16jähr., auffallend kleiner Knabe, **Fehlen der Achselhaare,** Schilddrüse anscheinend atrophisch, Hoden normale Größe (daneben Erythema exsudativum multiforme).

g) Bericht über den günstigen Erfolg der Thalliumtherapie bei dem früher vorgestellten 3jähr. Kind mit **Alopecia areata** (4 mg pro Kilo einmalig). Jetzt bis auf zwei Herde volles Haar. Ob Dauererfolg — ebenso wie bei Monilethrix — bleibt abzuwarten. Auf jeden Fall ist es biologisch von größtem Interesse, daß das Thallium imstande ist — wenn auch vorübergehend —, die Follikelfunktion positiv zu beeinflussen.

Diskussion zu f: Pulvermacher hat den Eindruck, als ob es sich um einen dystrophischen Infantilismus handelt, der auf eine pluriglanduläre Insuffizienz zurückgeführt werden könnte. Eine Stigmatisierung im Sinne einer einzelnen Drüse tritt bei der Inspektion der Haut nicht hervor.

5. Bruhns: Fall von **„Weißfleckenkrankheit".** Bei einer 17jähr. Patientin sieht man folgende von der Trägerin bisher nicht bemerkte Hautveränderung: Innerhalb der im ganzen gleichmäßig pigmentierten Haut des oberen Teiles des Rückens sieht man sehr zahlreiche hirsekorngroße und infolge Konfluenz etwas größere weiße Flecken von ganz glatter Oberfläche. Der große Herd in der Mitte löst sich nach der Peripherie zu in zahlreiche fein verteilte, übersteckknadelkopfgroße Einzelflecken auf. (Das Bild gleicht im Aussehen ganz dem von Pick in der Derm. W., Bd. 75, abgebildeten Fall von Weißfleckenkrankheit). Eine Verhärtung läßt sich an den weißen Stellen nicht feststellen, ebensowenig eine Atrophie. Histologisch nur Ödem und perivaskuläre Zellinfiltration, keine Atrophie und keine deutliche Verdichtung des Bindegewebes. (An einer zweiten Exzisionsstelle ist Einsenkung und erhebliche Atrophie sichtbar, da aber

Digitized by Google

über dieser Stelle ein kleines Krüstchen, keine Hornverdickung, sichtbar ist, muß diese Stelle wohl als ein Zufallsbefund aufgefaßt werden.) Trotz des ziemlich negativen mikroskopischen Bildes neigt B. mehr dazu, den Fall als beginnende Sklerodermie, nicht als Vitiligo anzusehen.

Diskussion: Arndt hält die Affektion für eine kleinfleckige Vitiligo, Buschke für eine angeborene Leukopathie.

Bruhns betont Arndt gegenüber, daß eine Vitiligo mit so zahlreichen und kleinen weißen Flecken doch sonst nicht zur Beobachtung komme.

6. A. Alexander-Charlottenburg demonstriert in Photographien: a) **Dyshidrosis sicca lamellosa** (Sommerabschuppung der Hände). Klinisch serpiginös- und girlandenförmig begrenzte trockene Hautabschilferungen der Volae manus und Plantae pedis. Die Fälle bestehen für sich oder neben anderweit lokalisierter Trychophytie.

Ein direkt epidemieartiges Auftreten konnte A. nicht feststellen. Doch ist nicht zu leugnen, daß fast alle derartigen Fälle in der heißen Jahreszeit vorkamen. Ich möchte sie in zwei Gruppen teilen: Bei der ersten bestehen außer dem Krankheitsbilde Dyshidrosis sicca lamellosa noch andere Läsionen trichophytischer Natur. Bei der zweiten ist das nicht der Fall. Bei der ersten Gruppe war es nun gewöhnlich so, daß an den Füßen oder an einem Fuße eine durch den Kaufmann-Wolffschen Pilz verursachte echte Trichophytie — entweder erythematös schuppender oder blasiger Natur — saß und daß dann gleichzeitig an den Händen oder am anderen Fuß sich das Krankheitsbild der Dyshidrosis sicca lamellosa entwickelte. Das Merkwürdige ist nun, daß, während ich auf den Fußsohlenherden von Trichophytie sowohl als auch von Dyshidrosis sicca lamellosa immer mikroskopisch und kulturell Pilze nachweisen konnte (Kaufmann-Wolff), dies bei den drei Fällen an der Hand, obwohl sie das Krankheitsbild in besonders schöner Weise darboten, auf keine Weise zu erreichen war. Ich glaube, daß dieses Fehlen sich sehr einfach durch die Abschilferung und häufige Erneuerung der Epidermis der Hände infolge des Waschens und der Abnutzung des täglichen Lebens erklären läßt. Wir finden also in einem Teil dieser Fälle, soweit sie sich an den Händen abspielen, sehr häufig sicherlich nur aus äußeren Gründen keine Pilze. Da ist es denn wohl begreiflicherweise nicht verwunderlich, daß wir auch bei den Fällen der zweiten Gruppe, d. h. bei denjenigen, bei denen neben der Dyshidrosis sicca lamellosa der Hände — hier waren fast immer nur die Hände befallen — keine Erscheinungen von Trichophytie am übrigen Körper bestanden, der Pilznachweis nicht gelang. Es sind das die Erkrankungsformen, bei denen die klinischen Erscheinungen so gering sind, daß sie die Patienten überhaupt nicht zum Arzte führen, sondern nur als Nebenbefunde gelegentlich en passant überhaupt erwähnt werden und so meist der genauen Beobachtung entgehen. Trotzdem habe ich persönlich die Überzeugung, daß es sich hier nicht um dyshidrotische Prozesse — denn man sieht niemals Bläschen — sondern um mykotisch verursachte Eruptionen handelt, die vielleicht im Gegensatz zu den der ersten Gruppe angehörigen Formen der Dyshidrosis sicca lamellosa durch avirulente oder stark abgeschwächte Pilze hervorgerufen werden. Demonstration einiger Photographien derartiger Beobachtungen von Dyshidrosis sicca lamellosa als Teilerscheinung von Ekzemen der Hände und allgemeinen Dermatitiden. Es scheint mir auf der anderen Seite festzustehen, daß ein großer Teil der genuinen Fälle von Dyshidrosis sicca lamellosa, und zwar nicht nur, was ganz selbstverständlich ist, der mit anderen Trichophytieläsionen am Körper vergesellschafteten, sondern auch der scheinbar primären nur auf die Hände bzw. (seltener) Fußsohlen beschränkten mykotischer Natur, und zwar durch den Kaufmann-Wolffschen Pilz, hervorgerufen ist. Wir müssen also bei dem letztgenannten Mikroorganismus außer den beiden bereits von Frau Kaufmann-Wolff beschriebenen klinischen Formen der Handteller- und Fußsohlen-Trichophytien, nämlich der erythematös schuppenden und der blasenförmigen noch eine dritte Form, nämlich die Dyshidrosis sicca lamellosa, unterscheiden.

b) Demonstration von Kulturen von **Trichophytien der Nägel**. Zwei Fälle. Der erste ist ein Fall von sekundärer Nageltrichophytie. Primär befallen war vor 7 Jahren der Bart. Hier wuchs Trichophyton rosaceum, jener Pilz, der während des Krieges aus Belgien bei uns eingeschleppt wurde und seitdem sich hier bei uns gehalten hat. Der zweite Fall ist eine primäre Nageltrichophytie. Erreger Trichophyton gipseum granulosum, jener Pilz, der während des Krieges, hauptsächlich von W. Fischer beschrieben, bei uns sehr verbreitet war, jetzt aber nur noch selten gefunden wird. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch mitteilen, daß ich noch von zwei Nageltrichophytien Kulturen anlegen konnte: beide Male wuchs Trichophyton persicolor. Im ersten Falle ist die In-

Digitized by Google

fektion in Bonn, im zweiten in Biebrich erfolgt. Es ist das insofern interessant, als Keller in Freiburg neuerdings (l. c.) 10 Fälle von Trichophyton persicolor züchten konnte. Der Pilz, der ursprünglich von Sabouraud beschrieben wurde und hier bei uns in Berlin gar nicht gefunden worden ist (Demonstration der Abbildungen von Nagelaffektionen und der Kulturen).

c) Im Gegensatz zu dem eben Gesagten berichtet der Vortragende über das Vordringen eines anderen, mehr im Osten beheimateten Pilzes, nämlich des **Trichophyton violaceum**, von dem bisher fast nur eingeschleppte Fälle aus Polen und Rußland zur Beobachtung kamen. Es scheint jedoch, daß wir jetzt hier latente Herde haben, von denen aus Infektionen ausgehen. Ich konnte in den beiden letzten Jahren zwei Fälle beobachten, die uns als Mikrosporien des Kopfes zugingen und bei denen die mikroskopische Untersuchung der Haare einen großsporigen Endothrix, die Kultur ein Trichophyton violaceum zutage förderte. Beide Kinder leben weit getrennt voneinander, das eine hier in Charlottenburg, das andere in Zehlendorf, und stehen in keiner Verbindung miteinander, müssen die Ansteckung also aus ganz verschiedenen Quellen bezogen haben. Die gleiche Beobachtung von der Einbürgerung des Trichophyton violaceum, und zwar in der Landbevölkerung von Schleswig-Holstein, hat Grütz in Kiel (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 91) gemacht. Er führt sie zurück auf Mutation von einheimischen Stämmen in Trichophyton violaceum. Ich kann ihm darin nicht ganz folgen, glaube vielmehr eher, daß auch dort eingeschleppte Herde verborgen sind, von denen diese Infektionen ihren Ursprung nehmen. Wir müssen also annehmen, daß das Trichophyton violaceum von Osten her allmählich bei uns eindringt und festen Fuß fassen wird bzw. schon gefaßt hat.

d) Vortragender demonstriert dann noch eine seltene Beobachtung von **Variabilität eines Pilzes**. Bekanntlich werden die bei uns in Berlin vorkommenden Fälle von Mikrosporie fast ausschließlich, wie W. Fischer festgestellt und ausführlich dargestellt hat (Act. derm.-venereol., 1921, Bd. 2), durch das Microsporon depauperatum, einer Abart des Microsporon Audouini, verursacht. Ich war nun sehr erstaunt, als vor kurzem ein Fall von Mikrosporie, der sich in nichts von den sonst bei uns zur Beobachtung gelangenden unterschied, kulturell ein Microsporon Audouini ergab. Als ich die Kultur weiterimpfte, wuchs sie zur Hälfte als Microsporon Audouini, zur anderen als Microsporon depauperatum (Demonstration der Abbildung beider Kulturen), wobei ich nebenbei bemerken möchte, daß im Gegensatz zu der Darstellung von W. Fischer neuerdings alle unsere Fälle von Microsporon depauperatum zwar in der ersten Generation genau entsprechend W. Fischers Beschreibung wie ein seidig aussehendes glattes zartes Gespinst wachsen, dann aber meist schon bei der ersten Abimpfung ein deutlich faltiges Aussehen annehmen. Es handelt sich also bei dem oben mitgeteilten Übergang von Microsporon Audouini in depauperatum um eine Variabilität eines Hautpilzes. Das gleiche Phänomen hat Grütz, l. c., und zwar ebenfalls bei Microsporon Audouini, beschrieben: Bei zwei Geschwistern mit Mikrosporie wuchs bei dem einen Microsporon Audouini, bei dem anderen Microsporon depauperatum. An und für sich sind ja derartige Variabilitäten nicht wunderbar, da man schon immer angenommen hat, daß der eine Pilz nur eine Abart des anderen ist. Aber es ist doch interessant, diese nahe Verwandtschaft in diesen beiden Fällen, dem unsrigen und dem von Grütz, direkt ablesen und zur Anschauung bringen zu können. (Autoreferat.)

7. Franz Rosenthal: Fall von **Lichen ruber und Sklerodermie**. Ein 49jähriger Mann erkrankte vor $^3/_4$ Jahren an einem Lichen ruber der rechten Achsel, der damals mit Röntgenstrahlen behandelt wurde und daraufhin sehr rasch verschwand. Bald darauf trat er zwar nicht an derselben Stelle, aber fast am ganzen übrigen Rumpf viel heftiger und stark juckend wieder auf. Von R. wurde jetzt eine Behandlung mit intravenösen Salvarsaninjektionen eingeleitet, die nur einen geringen Rückgang der Erscheinungen bewirkten. Während R. sonst nach zwei 0,3 und einer 0,45 Neosalvarsaneinspritzung fast völliges Verschwinden des Lichen ruber sehen konnte, hat hier die sonst so gerühmte Therapie im Stich gelassen. Derselbe Pat. zeigt symmetrisch an beiden Wangen die Folgen einer Dermatitis, die vor 15 Jahren während eines Tropenaufenthalts durch die rotlackierten Lederbänder einer Mütze entstanden war. Man sieht follikulär angeordnet Sklerodermien und skleratrophische Prozesse, die in etwa Talergröße einen Schwund der Barthaare und ihrer Anhangsgebilde hervorgerufen haben. Mehr als der Mangel der Barthaare stört die rotbraune Farbe der atrophischen Flecke.

8. E. Kadisch: **Eine hämolytische Schnellreaktion auf Lues mit aktivem Serum.** Es wird eine Reaktion auf Lues demonstriert, deren Technik wie folgt ist: Es werden zwei Röhrchen benötigt, in jedes Röhrchen kommen 0,25 ccm aktiven Patienten-

Digitized by Google

serums, in das Versuchsrohr werden 0,5 ccm besonders bereiteten Extraktes hinzugefügt, in das Kontrollrohr kommen 0,05 ccm einer physiologischen Kochsalzlösung. Hiernach wird umgeschüttelt und dann sofort 0,5 ccm einer 1%igen Hammelblutkörperchensuspension hinzugefügt. Nach abermaligem Umschütteln kommen die Röhrchen in ein Wasserbad von 41° C, wo sie 5 Min. verbleiben, nach 5 Min. findet die endgültige Ablesung der Resultate statt. Der Extrakt wird wie folgt aus einem Menschenherzextrakt mit 4% Zusatz einer 1%igen Cholesterinlösung bereitet. In ein weites dünnwandiges Reagenzrohr werden 13 ccm einer 0,75%igen Kochsalzlösung getan, in einem zweiten Reagenzrohre werden 1 ccm einer 3%igen Kochsalzlösung mit 1 ccm des Extraktes gemischt. Die 13 ccm dünner Kochsalzlösung werden auf 65° C erhitzt und heiß auf die Versuchsröhrchen verteilt. Bei der Einstellung des jeweils zu verwendenden Extraktes ist zu beachten, daß bei feststehender Endkonzentration des Extraktes die zur Verdünnung benützte heiße Kochsalzlösung eine solche Konzentration haben muß, daß die resultierende Konzentration physiologisch, d. h. 0,85%ig ist. Die Erprobung an 800 Seren hat ergeben, daß der Reaktion die Vorteile und Mängel aller aktiven Reaktionen wenigstens teilweise anhaften, d. h. vornehmlich, sie ist als alleinige Reaktion natürlich undenkbar. Sie kann jedoch als eine schnell ablesbare aktive Ergänzung zu den sonstigen Untersuchungen hinzugefügt werden. Die statistische Bearbeitung der Fälle hat ergeben, daß bei richtiger Einstellung des Extraktes die Spezifität sogar größer gehalten werden kann als die der zur Kontrolle mitgemachten anderen Reaktionen, nämlich der WR, Bruckschen, SGR und MTR, dieser letzteren mit Kuppenablesung nach Elkeles. Ihre Empfindlichkeit stellte sich jedoch bei dieser spezifischen Einstellung des Extraktes als den anderen Reaktionen unterlegen heraus. Sie versagt in einem Teil der Fälle, wo eine oder die andere Reaktion einen eventuellen starken Ausschlag gibt. Die Zahl der Fälle, wo sie bei stark positivem Ausschlage aller anderen Reaktionen versagt, ist gering. Diese Unempfindlichkeit ist bedingt durch das Fortfallen jeder Bindungszeit für den Extrakt; sie wird zum Teil dadurch kompensiert, daß eine Anzahl Seren erfaßt werden, welche von keiner der anderen Reaktionen erfaßt werden. Diese letzte Eigenschaft hat sie mit der Bruckschen Reaktion gemein, die Ursache ist daher wohl in der Verwendung des aktiven Serums zu suchen. Die Brucksche Reaktion umfaßt jedoch nicht nur diese Fälle, sondern sie ist wesentlich empfindlicher selbst als MTR und WR sowie SGR. Dafür steht sie mit der Zahl der unspezifischen Auschläge an der Spitze. Bezogen auf die Resultate, besteht also ein gewisser Antagonismus — man kann auch sagen, daß eine Ergänzung stattfindet — zwischen Bruckscher und Schnellreaktion, erstere ist diejenige mit größter Empfindlichkeit und größter Gefahr unspezifischer Ausschläge, letztere die mit geringster Empfindlichkeit und geringster Gefahr unspezifischer Ausschläge. Bei der Bruckschen Reaktion sind daher die negativen Ergebnisse von großer Zuverlässigkeit, bei der Schnellreaktion sind die positiven Ausschläge von großer Zuverlässigkeit. Inwiefern und wieweit eine frühere Zwischenablesung gestattet, die Empfindlichkeit zu vergrößern, und ob es von Vorteil ist, nicht eine absolute Ablesungszeit, sondern die Zeitdifferenz zwischen Lösung der Kontrolle und Lösung des Versuchsröhrchens zu berücksichtigen, bleibt vorerst noch weiteren Versuchen überlassen. Bei dem Material unserer Klinik (Krankenhaus Charlottenburg) schwankte die Zahl der nicht gelösten Kontrollen zwischen 9 und 4%. Diese nichtlösenden Sera waren in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die gleichen, welche auch bei der Bruckschen Reaktion versagten. Da diese Fälle, welche ja eine Ablesung nicht gestatten, fortfallen, ist es erforderlich, darauf hinzuweisen, daß das Serummaterial an anderen Kliniken oder gar an Untersuchungsämtern, welche nicht täglich Untersuchungen ausführen können, natürlich andere Ziffern ergeben wird. Auch der Einfluß des Alters des Kranken ist bekannt. In welchem Prozentsatz der Fälle eine Ablesung daher möglich ist, ist von vornherein nicht mit Bestimmtheit zu sagen. Zusammenfassend läßt sich über die Schnellreaktion sagen: Es ist eine sehr spezifische, jedoch unempfindliche Reaktion. Demgemäß ist das positive Ergebnis sehr verläßlich, das negative weniger zuverlässig.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

e. Therapie

Kritische Bemerkungen zum Aufsatz von Dr. Otto Nast „Kurzgefaßte Indikationsstellung für die endolumbale Behandlung der Syphilis aller Stadien" in dieser Wochenschrift, 1926, Nr. 21, von M. Nonne und H. Pette, Univ.-Nervenklinik Hamburg-Eppendorf. (M. Kl., 1926, Nr. 40, S. 1520—1522.) Es wäre ein großer Irrtum, anzunehmen, daß die endolumbale Behandlung die Gewähr für eine Radikalheilung im Frühstadium gibt. Die Untersuchung des Liquors darf nicht zu früh nach Abschluß der Behandlung erfolgen, da zu diesem Zeitpunkte noch positive Befunde spontan schwinden können. Eine isolierte Liquorlues im Sinne von Nast gibt es jedoch nicht; es sind bei krankem Liquor stets anatomische Veränderungen vorhanden. Es ist auch, da es sich meist um diffuse Erkrankungen handelt, nicht anzunehmen, daß die geringe Menge Salvarsan mit dem Liquor überall hingelangt. Im allgemeinen wird es sich bei der endolumbalen Behandlung — gleichgültig womit — um eine unspezifische Wirkung handeln. Die Wirkung der endolumbalen Behandlung ist keine die anderen Behandlungsmethoden übertreffende, dagegen ist sie von schweren Gefahren begleitet. Die besten Erfolge bei heilbaren Fällen von Neurolues gibt Hg und Jod, Salvarsan kann zur Rückbildung der spezifischen syphilitischen Produkte von Nutzen sein. Ein sanierter Liquor ist noch keine Gewähr für Ausbleiben späterer Neurolues, besonders Metalues. Die nicht seltene Punktionshypochondrie gebietet, die Liquoruntersuchung auf das unbedingt Nötige zu beschränken. Auch für die Differentialdiagnose zwischen Metalues und Lues cerebrospinalis ist das Ergebnis der intralumbalen Behandlung nicht zu verwerten. Die Malariabehandlung der Paralyse ist der endolumbalen Behandlung wesentlich überlegen. Von größter Bedeutung ist bei allen Syphiliskuren die Hebung des Allgemeinzustandes. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Neurolues, von Nonne-Hamburg. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1926. Nr. 16, S. 513.) Ein Rundfunkvortrag. Die Prophylaxe, eine intensive Behandlung der ersten Luesstadien, auch im Abortivstadium, ist nicht immer verläßlich. Die gummösen Formen sind in der letzten Zeit seltener geworden, die akut-meningitischen häufiger. Gefahren der „Nuranbehandlung". Verf. empfiehlt in erster Linie Schmierkur und Jod; die Hg-Injektionen sind wohl durch Wismut verdrängt worden. Mit der Schmierkur kombiniert Verf. Neosalvarsan. Bei Tumor cerebri-Symptomen kommt ev. eine chirurgische Behandlung in Betracht. Der prognostische Wert der Liquoruntersuchungen wird stark eingeschränkt. Bei Paralyse bedeutet die Malariabehandlung einen großen Fortschritt (30% Wiedereintreten von Berufs- und Erwerbsfähigkeit); allerdings ist mit einer Mortalität von 8—10% zu rechnen, oft ohne erkennbare Ursache. Die Malariabehandlung sollte klinischen Stationen vorbehalten bleiben. Die Malariabehandlung der Tabes gibt keine eindeutigen Resultate. Verf. warnt vor jeder energischen Behandlung imperfekter oder benigner Tabes. Die intralumbale Behandlung bringt keine Vorteile, wohl aber Gefahren. Tangl-Eger.

Über Jodisan. Gleichzeitig ein Beitrag zur Behandlung syphilitischer Gelenkerkrankungen, von H. Lange-Berlin. (M. Kl., 1926, Nr. 44, S. 1691.) Unter den syphilitischen Gelenkerkrankungen sind solche der Kiefergelenke wenig bekannt, obwohl durchaus nicht selten. Sie wurden durch Jodisan (alle 3 Tage 2 ccm = 0,24 Jod intramuskulär) gut beeinflußt, das auch bei sonstigen Syphilisaffektionen mit Vorteil verwendet wurde. E. Levin-Berlin.

Documents pour servir à la détermination chez la souris des constantes de toxicité et d'activité trypanocide du novarsénobenzol (Unterlagen zur Bestimmung der Toxizität und tripanozoiden Aktivität des Salvarsans bei der Maus), von L. Launoy und P. Nicolle. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 27, S. 614.) An

Digitized by Google

Hand vergleichender Studien mit intravenösen Injektionen von Trypanosoma brucei bzw. equiperdum kommt Verf. zu dem Schluß, daß es nicht „eine" trypanosomentötende Eigenschaft des Arsens gibt, sondern verschiedene, da z. B. das Trypanosoma brucei außerordentlich salvarsanempfindlich ist, dagegen das Trypanosoma equiperdum sehr widerstandsfähig gegen Arsengaben sich zeigt. H. Lippert-Köln.

Rekurrensspirochäten und Salvarsan, von F. Johannessohn, Wissenschaftl. Abt. der Firma C. F. Boehringer & Söhne, G. m. b. H., Mannheim. (M. Kl., 1926, Nr. 42, S. 1614.) Untersuchungen an Mäusen ergaben volle Sterilisierung von Blut und Gehirn durch Neosalvarsan, wenn unmittelbar nach der Infektion die volltherapeutische Dosis von 3,5 mg gegeben wurde. Haben die Spirochäten sich schon im Körper verbreitet, so gelingt es nur, das Blut zu sterilisieren, nicht das Gehirn. Die im Gehirn persistierenden Spirochäten sind jedoch nicht salvarsanfest. E. Levin-Berlin.

Salvarsanresistenz und Salvarsandosierung, von E. Hoffmann, Univ.-Hautkl. Bonn. (D. m. W., 1926, Nr. 38, S. 1591.) Salvarsanresistenz wird nur selten beobachtet. Verf. berichtet über 6 Fälle aus den letzten 6 Jahren. Allen Fällen, auch den in der Literatur mitgeteilten, ist gemeinsam, daß sie unzureichend im Sinne der vom Verf. propagierten maximalen kombinierten Kuren behandelt worden sind. Die Salvarsanresistenz ist nur relativ, da sie mit genügend hohen Dosen und durch Wechsel der Präparate ganz oder weitgehend überwunden werden kann. Besteht Überempfindlichkeit gegen Salvarsan, dann leistet die Malariabehandlung gute Dienste, da erfahrungsgemäß nach dem Fieber Salvarsan gut vertragen wird. Für das Auftreten der relativen Resistenz ist wohl hauptsächlich das Versagen der natürlichen Abwehrkräfte des Organismus verantwortlich zu machen. F. Harry-Wiesbaden.

Ergebnisse der Nachprüfung der Dietelschen Methode zur Vorbeugung und Behandlung entzündlicher Erscheinungen bei Salvarsaninfiltraten, von A. Landesmann und J. Worowitzky, Derm.-vener. Staatsinst. „Glavtsche", Odessa. (M. m. W., 1926, Nr. 35, S. 1442.) Bericht über sehr günstige Resultate bei 16 Fällen von Salvarsaninfiltraten mit der Dietelschen Methode (Injektion von 10 ccm steriler Kochsalzlösung in und neben das Infiltrat nach vorheriger Aspiration des Salvarsans). H. Lewinsky-Berlin.

Gibt es Salvarsanschäden des Nervensystems, und welches sind ihre Ursachen? von E. Pollak. (W. kl. W., 1926, Nr. 35, S. 1004.) Klinisch zeigen die Salvarsanschäden eine spinale und eine zerebrale Form. Pathologisch-anatomisch handelt es sich dabei entweder um eine Hirnpurpura (früher Encephalitis haemorrhagica genannt) oder um eine spezifische Entzündung mit mehr oder weniger malazischen Einschlägen (Encephalomyelitis luetica). Zum Zustandekommen der letzteren gehört ein primärer spezifischer Prozeß im Gehirn oder Rückenmark. Bei frischer primärer Lues oder Nichtluetikern sehen wir nur die Purpuraform. Toxikologisch handelt es sich um eine Giftwirkung auf die Gefäßnerven und auf die Gefäßwände selbst. Als Therapeutikum wird Natriumthiosulfat empfohlen. H. Lewinsky-Berlin.

Die Salvarsanschäden des inneren Ohres, von F. Kobrak. (Kl. W., 1926, Nr. 34, S. 1572.) Seit der Salvarsanära treten Erkrankungen des Innenohres stärker in den Vordergrund. Schuld daran ist entweder die Änderung des Verlaufstyps der Lues überhaupt oder andererseits das Salvarsan, das ein Innenohrgift ist, und zwar, wenn es in verzettelten Dosen gegeben wird. Bei Salvarsananwendung sind drei Faktoren zu berücksichtigen: der toxische Faktor, der infektiöse, spezifisch-syphilitische und der reaktive Gewebsfaktor. Von diesen kommt besonders der letztere dann in Frage, wenn die Spirochäten in starker Gewebsfixation verankert sind, was mit dem Auftreten von Symptomen der sekundären und der Neuro- oder Organlues und dem Erscheinen der positiven WR gekennzeichnet ist. Dann besteht bei Salvarsandarreichung die Gefahr einer starken Gewebsreaktion und bei Kettung der Spirochäten an neurogene Organe, insbesondere an den Oktavusnerv, die Gefahr einer Schädigung. Solange die Spirochäten noch nicht an das Gewebe gebunden sind, also in der Primärperiode, bestehen diese Gefahren nicht. Daher kann hier von Beginn an Salvarsan gegeben werden, während es in den anderen Perioden besser ist, ganz oder erst mit Hg oder Bi zu arbeiten. E. Langer-Berlin.

Über die Wertung der Salvarsanprodukte und ihre Toxizitätsverminderung durch Strontiuran, von Ri. Weil, Rud. Weil und W. Gamper-Frankfurt a. M. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 15, S. 485.) Die Arbeit wendet sich gegen die wesentlich von Kolle und einigen anderen gegen den Wert der Trübungsreaktion des Salvarsans durch Strontiuran erhobenen chemischen und biologischen Einwände. An der Hand eigener Ver-

Digitized by Google

suche wird gezeigt, daß klare und auch noch mit Strontiuran opaleszierende, aber durchsichtige, nach Vorschrift hergestellte Lösungen zur Einspritzung geeignet, trübe undurchsichtige Lösungen aber wegen ihrer Toxizitätsgefahr zu vermeiden sind. Auch Kolles Ansicht, daß das Strontiuran als Reagens versage bei unzweifelhaft geringfügig oxydiertem Salvarsan, wird zu widerlegen versucht. Die Herabsetzung der Toxizität des Salvarsans durch das Strontiuran als Lösungsmittel wird durch die Kolleschen Versuche bestätigt. M. Cohn-Dresden.

Über die Unbrauchbarkeit des Strontiurans als Reagens für die Beurteilung der Beschaffenheit des Neosalvarsans und Salvarsans, von W. Kolle, H. Bauer und F. Leupold, Georg-Speyer-Haus Frankfurt a. M. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 38, S. 934 bis 935). Die Angaben von A. Hirsch, der das Strontiuran als ein wertvolles Reagens für die einwandfreie Beschaffenheit des Neosalvarsans bezeichnet hatte (Schweiz. m. W., Nr. 26; Ref. diese Wschr., 1926, Bd. 83, Nr. 52a, S. 1976), müssen wiederholt als unzutreffend zurückgewiesen werden. E. Levin-Berlin.

Über die Anwendung des „Galyl" bei Syphilis und verschiedenen Hautkrankheiten, von P. Orloff. (Kasanskij Medicinskij Journal, 1926, Jahrg. 22, Nr. 10.) Verf. erinnert an das heute in Vergessenheit geratene, von Monkegrat seinerzeit warm empfohlene französische Arsenpräparat 1116, mit dem er bei intravenöser Anwendung von 0,1—0,2, in Zwischenräumen von 3—7 Tagen, nicht nur bei Syphilis, sondern auch bei Lichen ruber planus gute Erfolge erzielt. A. Jordan-Moskau.

Erfahrungen mit Vanadium (Northovan) bei Syphilis, von E. Freund-Triest. (Kl. W., 1926, Nr. 36, S. 1661.) Verf. hat an einer Anzahl von Fällen aller Luesstadien Versuche mit einer kombinierten Northovan-Spirozidbehandlung angestellt. Er kommt zu dem Resultat, daß man mit dieser Methode — eine reine Northovankur wird abgelehnt — sowohl klinisch wie serologisch günstige Resultate erzielen kann. Die Kur wird so durchgeführt, daß jeden zweiten Tag 3 ccm Northovan intravenös gegeben werden, insgesamt 5 Injektionen, und daß an den freien Tagen 4 Spirozidtabletten genommen werden, im ganzen 60 Tabletten. E. Langer-Berlin.

Etude histologique de la résorption et de l'élimination du tellure (Histologische Studien über Resorption und Ausscheidung des Tellurs), von C. Levaditi und O. Dimancesco-Nicolau. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 25, S. 459.) Intramuskulär injiziertes Tellur (Te) wird am Ort der Injektion allmählich aufgelöst. Es wird von den Zellen des retikulo-endothelialen Systems resorbiert. Im Protoplasma dieser Zellen erfährt das Te eine Reduktion. Andere Zellen des retikulo-endothelialen Systems phagozytieren Te, es erfolgt eine Umformung. Te zirkuliert dann im Organismus und gelangt auch dann in lymphatische Organe. Hier wirkt es auf die Spirochäten ein. Das „renale Filter" sondert Te ab. In den Epithelien der Tubuli contorti und dem aufsteigenden Schenkel der Henleschen Schleife schlägt sich Te nieder.
A. Holländer-Bielefeld.

Betrachtungen über Verarbeitung, Wirkung und Ausscheidung des Wismut (mit besonderer Berücksichtigung des Bismogenol), von K. Stephan-Brandenburg (Havel). (Zbl. f. inn. M., 1926, Nr. 38, S. 905.) Zusammenfassendes Referat.

Über das „Bisol", von J. Csillag-Budapest. (Budapesti Orvosi Ujság, 1926, Nr. 21.) Das „Bisol-Egger" ist eine 15%ige Ölsuspension des Bismuth. hydrooxybenzoicum und enthält 0,075 g metallisches Bi im Kubikzentimeter. Einen technischen Vorteil dieses Mittels bietet seine feinverteilte Suspension. Die Injektionen sind schmerzlos, bei richtiger Technik kommt es nicht zu Infiltraten, die klinische Wirkung ist in jedem Stadium der Lues prompt; Komplikationen wurden nicht beobachtet.
K. v. Berde-Szeged.

Über „Bisol" in der Luestherapie, von E. Bohunitzky-Miskolc. (Budapesti Orvosi Ujság, 1926, Nr. 21.) Bei Verwendung von „Bisol-Egger" (Bismuth. hydrooxybenzoicum 15%iger Ölsuspension) intramuskulär hat Verf. unter vielen Patienten bloß in einem Falle eine Albuminurie erlebt. Die klinische Wirkung des Mittels ist prompt, die WR wird aber wenig beeinflußt. K. v. Berde-Szeged.

Antiluetische- und Fiebertherapie kombiniert, von K. Szelle-Arad. (Gyógyászat, 1926, Nr. 42.) Da Verf. in der Malariatherapie der Lues nur die Fieberwirkung sieht, sucht er mit einer viel einfacheren und ungefährlicheren, auch bei ambulanten Kranken leicht durchführbaren Kur diese zu ersetzen. Er injiziert Neosalvarsan und Gono-

Digitized by Google

yatren zusammen (in der Spritze gemischt). Nach 1—6 Stunden tritt Schüttelfrost, Schweißausbruch und Temperatursteigerung bis 38—39,5° ein, welche in 3—10 Stunden abklingt. Die Anfälle kann er beliebig jeden 3. oder 4. Tag (à la tertiana, quotidiana) hervorrufen. Nach 16 solcher Anfälle beendigt er die Kur, um eine Bismutbehandlung anzufangen. Er stellt ein Schema der sukzessiven Steigerung der Menge der Gonokokken von 10 Millionen angefangen bis 150 Millionen (in 4% Yatren) und des Neosalvarsans von 0,15—0,60 auf. Seine Fälle (I, II, III und Metalues), gaben sämtlich nach Beendigung der Kuren negative WR. Er ist mit seinen Erfolgen sehr zufrieden.

M. Porosz-Budapest.

Der jetzige Stand der Tabes- und Paralysetherapie, von K. Löwenstein, Nervenabt. Krkhs. Lankwitz (Berlin). (D. m. W., 1926, Nr. 33, S. 1393 u. Nr. 34, S. 1433.) Übersichtsreferat.

Über die Therapie der progressiven Paralyse und der Tabes, von E. Redlich. (W. m. W., 1926, Nr. 33, S. 990 u. Nr. 34, S. 1016.) Technik der Malariaimpfung. Bezüglich der Resultate werden neue Tatsachen nicht mitgeteilt. E. Langer-Berlin.

General Paralysis Associated with Benign Tertian Malaria (Dementia paralytica in Verbindung mit benigner Malaria tertiana), von G. T. Baker. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3432, S. 685.) Ein 39jähr. Schiffszimmermann mit ausgesprochener Dementia paralytica und einer alten Malariainfektion, WR positiv in Blut und Zerebrospinalflüssigkeit, bot im Verlauf der Beobachtung ein typisches Rezidiv der Malaria mit 15 Schüttelfrösten dar, ohne daß die Gehirnsymptome eine Beeinflussung erkennen ließen. Tod nach 3monatigem Krankenhausaufenthalt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Tabes mit Malaria, von Fr. Bering, Hautkl. Städt. Krankenanstalt Essen. (D. m. W., 1926, Nr. 38, S. 1611.) Verf. berichtet über die Resultate der Malariabehandlung bei 65 Tabikern, die in folgende Gruppen eingeteilt werden: 1. Kranke mit krisenhaften und schmerzhaften Zuständen; 2. Kranke mit Behinderung einzelner Organe (ataktischer Gang, Blasen- und Mastdarmstörungen); 3. Kranke mit schweren Lähmungen, und 4. Kranke mit schweren Sehstörungen. Von Gruppe 1 wurden 20 Fälle behandelt. 4 Fälle blieben unbeeinflußt, 8 Patienten verloren ihre Beschwerden, die übrigen wurden mehr oder weniger gebessert. Der Gruppe 2 gehören 34 Patienten an. In 5 Fällen ist der Prozeß stationär geworden, 29 Fälle wurden mehr oder weniger günstig beeinflußt. Von 8 Fällen der 3. Gruppe reagierten 4 überhaupt nicht, 3 wurden bedeutend gebessert. In einem Fall wurde die Incontinentia urinae et alvi behoben, während die Lähmung der Beine unverändert blieb. Von 6 Fällen mit Sehnervenatrophie hat sich 3mal der Prozeß weiter verschlechtert, in 2 Fällen jedoch in langsamerem Tempo, in 2 Fällen ist keine Verschlechterung eingetreten. 3 Todesfälle waren zu verzeichnen. Bei bedrohlichen Anzeichen ist mit der Kur sofort abzubrechen, ferner bei Kontinua, und zwar nicht plötzlich durch intravenöse Chiningaben, sondern durch Chinin per os. Eine schonende Behandlung läßt sich erreichen, wenn man Blut während des Intervalls entnimmt und intrakutan überimpft. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Behandlung der progressiven Paralyse mit Lipoiden, von J. Liefschütz. (Klinitscheskaja Medicina, 1926, Bd. 4, Nr. 8.) Die Lipoidtherapie veranlaßt bei allen Formen von progressiver Paralyse eine ausgesprochene Besseruug des physischen wie psychischen Zustandes. Die zur Anwendung kommenden Lipoide müssen zerebralen Ursprungs sein. Es ist gleich, ob das Lipoid ein Antilyssaserum oder ein reines Lipoid des Gehirns oder eine einfache Gehirnemulsion ist. Der Lipoidtherapie muß eine größere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da die Malariabehandlung der progressiven Paralyse einerseits einen recht hohen Prozentsatz von Mortalität gibt und andererseits die Remissionen nur bei den maniakalischen Formen der progressiven Paralyse beobachtet werden. A. Jordan-Moskau.

Ulcus molle, Venerisches Granulom

Le traitement du chancre mou et de ses complications par le vaccin de Nicolle (Die Behandlung des weichen Schankers und seiner Komplikationen mit dem Nicolleschen Vakzin), von Krikorian. (Paris méd., 1926, Nr. 41, S. 285—286.) Das von Nicolle aus Streptobazillen hergestellte Vakzin gibt bei Schanker und Bubonen alle anderen Methoden übertreffende sichere Erfolge. Die Emulsion enthält im Kubikzentimeter 225 Millionen Keime. Die Einspritzungen dürfen nur intravenös erfolgen, da bei

Digitized by Google

subkutaner Einspritzung die Gefahr des Auftretens von Ulcus molle an der Einspritzungsstelle besteht. Eingespritzt werden 1—3 ccm alle 2—3 Tage. Unangenehm ist die starke Allgemeinreaktion, die ungefähr 2 Stunden nach der Einspritzung auftritt und mit Temperaturen bis zu 40,5° C einhergehen kann. Sie kann 2—3 Tage anhalten, ist bei den weiteren Einspritzungen geringer, geht stets gut vorüber. Bei frühzeitiger Anwendung gibt die Methode auch gute Differentialdiagnose gegen harten Schanker.

E. Levin-Berlin.

Sur la culture du bacille de Ducrey (Über die Kultur des Streptobazillus), von S. Nicolau und A. Banciu. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 21, S. 146.) Verff. geben als Nährböden für den Ulcus molle-Erreger eine Lösung von 1% igem Pepton in physiologischer Kochsalzlösung unter Zusatz von defibriniertem Menschenblut an. Sie sehen gerade im Zusatz von Menschenblut sowie in der Anwendung eines flüssigen Nährbodens einen Hauptfaktor für die gute Anwendbarkeit und den Erfolg des Nährbodens. O. A. Schwarz-Berlin.

Recherches biologiques sur le streptobacille de Ducrey (Biologische Untersuchungen über den Streptobazillus), von S. Nicolau und A. Banciu. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95. Nr. 24, S. 409.) Folgende Ergebnisse: Wachstum im Blut, aber nur solchem, das reichlich Korpuskulärelemente bzw. Erythrozyten enthält, nicht in Blutseren. Optimale Brutschranktemperatur 60° C während ½ Stunde. Ferner wächst der Streptobazillus in Aszites-Agar, Pferdeserum, Peptongelatine mit Zucker bzw. Honig und in Glyzerin-Pepton-Bouillon sowie in Milch. Letztere beiden Nährböden werden stark gesäuert und verhindern dann weiteres Wachstum. Kartoffel wird völlig durchwachsen und erweicht. Der Streptobazillus wächst als Aerobier und Anaerobier ohne Änderung seiner Morphologie. Im großen und ganzen paßt er sich jedem Nährboden an, was klinisch beachtenswert ist. H. Colman-Berlin.

Observations on Climatic Bubo (Beobachtungen über den klimatischen Bubo), von H. M. Hanschell-London. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5371, S. 276.) Besonders häufig bei Seefahrern. Diagnose: 1. Inguinale Adenitis und Periadenitis, 2. Fehlen einer primären spezifischen oder unspezifischen Läsion am Genitale, 3. Fieber. Entwicklung nach Koitus in tropischen oder subtropischen Regionen. Bei Zirkumzidierten bisher nicht beobachtet. Erreger konnten nicht nachgewiesen werden. Therapie: Bettruhe, chirurgische Behandlung, wie Inzision, Ausräumung, Tamponade. Gute Erfolge hatte Verf. mit i. v.-Injektionen von abgetöteten Typhusbazillen. Dauernd gründliche Spülungen des Präputialsackes mit 90%igem Methylalkohol. Das oft hohe Fieber fällt nach 1—2 Injektionen (eventuell Kombination von Typhus, Paratyphus A und B) meist sofort ab. Beginn mit 100 Millionen Keimen. Wiederholung eventuell jeden 4.—5. Tag. Mehr als drei Injektionen waren nicht erforderlich. Stets völlige Heilung.

H. Colman-Berlin.

Blennorrhoe

a. Ätiologie

Zur Biologie des Gonokokkus, von F. Wolff, Derm. Stadtkrkhs. II Hannover. (M. Kl., 1926, Nr. 42, S. 1610—1614.) A. Färberischer Nachweis des Gonokokkus. Handelt es sich um reichliche Absonderung von Leukozyten und Gonokokken, so ist die Färbung mit Methylenblau bzw. Fuchsinmethylenblau B ausreichend, jedoch nicht bei chronischen Fällen, latenten Fällen ohne Eiter sowie zum Nachweise der Heilung. Hier ist Gramsche Doppelfärbung anzuwenden, die in der Sprechstundenpraxis mit gewissen Schwierigkeiten und Unbequemlichkeiten verbunden ist. Um diesen zu begegnen, empfiehlt es sich, Karbolgentianaviolett und Anilinwassergentianaviolett in alkalifreien Gläsern aufzubewahren, in denen sie sich lange Zeit gebrauchsfähig erhalten. Beizung mit verdünnter Lugol- oder mit Quecksilberjodidjodkaliumlösung. Zur Gegenfärbung besonders Unna-Pappenheim, wobei die Gonokokken sich leuchtend erdbeerrot abheben. Damit lassen sich auch vereinzelte extrazelluläre Gonokokken gut nachweisen. B. Über grampositive Gonokokken. Der Gonokokkus ist nicht absolut gramnegativ. Es finden sich, zumal in etwas älteren Kulturen, in denen die typische Nierenform auch bald einer Kugelform weicht, auch grampositive Exemplare; in anderen Kulturen ist ein Teil der Exemplare rein rot, andere rot mit blauem Zentrum oder rot mit blauem Rande, andere violett oder schließlich rein blauschwarz (bunte Kulturen). Überimpfungen ergeben wieder einwand-

Digitized by Google

frei typisch aussehende und gramnegative Gonokokken. Bisweilen können auch rein blau gefärbte Kulturen sich als solche grampositive Keime weiter fortzüchten lassen; sie finden sich auch, allerdings verhältnismäßig selten, in dieser Form im Körper, scheinen dann jedoch harmlose Schmarotzer darzustellen und bei anderen Personen höchstens leichte Katarrhe zu erzeugen. C. Lebende Gonokokken in subkutanen Impfabszessen. Die im allgemeinen aërob wachsenden Gonokokken können auch anaërob unter Zuhilfenahme des Gewebssauerstoffes gedeihen. Dafür spricht, daß nach der subkutanen Impfung lebender Kulturen oft erst nach einiger Zeit Abszesse auftreten, in denen sich regelmäßig typische gramnegative Gonokokken finden, die sich in der Kultur fortzüchten lassen. Hierdurch erklären sich auch die Fälle von Wirksamkeit der Lebendvakzine in Fällen, die vorher auf Vakzinetherapie refraktär erschienen, sowie die ganz anders gearteten Verhältnisse der Impfung mit lebenden Gonokokken bezüglich Wiederholung und Dosierung. Diese Abszesse lassen auch die Möglichkeit offen, daß es sich auch bei paraurethralen und Prostataabszessen nicht immer um Pseudoabszesse, sondern um echte Gonokokkenabszesse handeln kann. E. Levin-Berlin.

Zur Serodiagnose der Gonorrhoe, von A. Cohn, Inst. Robert Koch Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 41, S. 1717.) Als Antigen wird eine mehrstämmige Gonokokkenaufschwemmung verwendet. Die Aufschwemmung bleibt ein Vierteljahr im Eisschrank stehen und wird dann gegen ein positives und negatives Menschenserum austitriert. Der Titer liegt gewöhnlich zwischen 0,03—0,05 (auf $^1/_4$ Dosen berechnet). Die Ablesung der Reaktion muß genau in dem Moment erfolgen, in dem die negativen Serumkontrollröhrchen sowie die Kontrollen mit den doppelten Serummengen gelöst sind. Eine wiederholt negative Reaktion ist nur dann beweisend, wenn ihr eine positive vorangegangen ist. Die positive Reaktion hält oft noch Wochen und Monate nach erfolgter klinischer Heilung an. Bleibt die Reaktion jedoch dauernd positiv, dann liegt Verdacht vor, daß eine völlige Heilung noch nicht erfolgt ist. F. Harry-Wiesbaden.

La fixation d'alexine dans les affections à gonocoque (Die Komplementbindung bei Gonokokkenaffektionen), von P. Dombray. (Progr. méd., 1926, Nr. 39, S. 1445—1446.) Die serologischen Untersuchungen nach Bordet-Gengou gaben bei blennorrhoischen Affektionen sehr wechselnde Resultate, wahrscheinlich infolge nicht einheitlicher Methode. In vergleichenden Untersuchungen der Antikörperreaktion und der Gonokokkenkultur fand Verf. eine absolute Übereinstimmung, die Reaktion ist also durchaus spezifisch. Es kann damit die Ätiologie gewisser Affektionen, die Heilung des Trippers festgestellt und ein wichtiges Mittel für die Prophylaxe von Geschlechtskrankheiten an die Hand gegeben werden. E. Levin-Berlin.

Über die Beziehungen des Glykogens zur gonorrhoischen Erkrankung, von J. K. Mayr, Univ.-Kl. u. Polikl. f. Haut- u. Geschlechtskrkht. München. (M. m. W., 1926, Nr. 42, S. 1736.) In den mittleren Schichten des Scheidenepithels besonders der kräftigen, geschlechtsreifen Frau findet sich über die ganze Zelle verteilt oder nur in Klümpchen Glykogen, desgleichen manchmal auch in den Pflasterepithelien der Zervix und Urethra. Beim gleichartigen Epithel der Fossa navicularis des Mannes findet es sich nicht. Zweck des Glykogens: Zellernährung und Säurebildung. Letztere nur in Gemeinschaft mit den Scheidenbazillen. Durch allerlei Krankheiten und Manipulationen kann Reaktion neutral bis alkalisch sein. Verf. untersuchte 50 Fälle von akutem und chronischem Tripper von Beginn der Behandlung bis zur Entlassung auf Glykogengehalt mit Lugolscher Lösung, und zwar Sekret, Abrasio und besonders Leukozyten. Je akuter der Prozeß, desto größer der Glykogengehalt. Abwehrreaktion. Wo das Glykogen fehlt, mangelhafte Säurebildung, guter Nährboden für die Gonokokken. Vielleicht besitzt das Glykogen auch noch andere gonokokkenschädigende Eigenschaften. Differentialdiagnostisch und prognostisch ist aber der Glykogengehalt nicht zu verwerten, da keine grob quantitativen Unterschiede vorliegen. H. Colman-Berlin.

b. Pathologie und Klinik

Über die Häufigkeit der Epididymitis non gonorrhoica, von E. A. Burmeister und P. Cahn, Hautkl. Med. Akad. Düsseldorf. (M. m. W., 1926, Nr. 36, S. 1481.) In den letzten 6 Monaten kamen den Verff. unter 41 Fällen von Nebenhodenentzündungen 10 sicherlich nicht blennorrhoische zu Gesicht. Meistens im Anschluß an eine Urethritis simplex entwickelte sich das bekannte Krankheitsbild. Nach Ansicht der Verff. hervorgerufen durch mangelhafte Technik beim Spritzen, entsteht eine Retroperistaltik des

Digitized by Google

Vas deferens, die dann durch Keimverschleppung zu der nichtspezifischen Entzündung führt. F. Jacobsohn-Berlin.

Über die Beteiligung der inneren Genitalien an der kindlichen Gonorrhoe, von G. Soeken, Inn. Abt. Kinderheilanst. Buch, Berlin. (Zbl. f. Gyn., 1926, Nr. 34, S. 2188.) Die Untersuchungsergebnisse sprechen für eine Beteiligung der Zervix bei der kindlichen Blennorrhoe. In der Regel scheinen aber die Gonokokken zugleich mit der Heilung der Vaginalblennorrhoe auch aus dem Zervikalkanal zu verschwinden, in etwa der Hälfte der Fälle unter Hinterlassung eines unspezifischen Katarrhs. In 8 von 86 Fällen „abgelaufener" Blennorrhoe blieb eine isolierte Zervikalblennorrhoe zurück, die bei zwei Kindern zu einer Rezidivquelle für Urethra und Vagina wurde. Wegen der Gefahr der Keimverschleppung empfiehlt sich im allgemeinen Zurückhaltung in der Untersuchung der Zervix. F. Landauer-Berlin.

Zur Kenntnis der gonorrhoischen Niereninfektionen, von A. Zinner-Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 40, S. 1179.) Ein selbstbeobachteter Fall dieses seltenen Vorkommens. 20jähr. Mädchen, welches keinerlei Beschwerden von seiten der Harnwege hatte, bemerkte zufällig, daß der Urin eitrig war. Pyelographisch wurde eine linksseitige Pyonephrose und eine Harnleiterstriktur festgestellt. Im Sediment der linken Niere Gonokokken. Exstirpation der pyonephritischen Niere, Heilung. Für das Zustandekommen einer derartigen Infektion sind vier Wege möglich: der hämatogene und der lymphogene Weg, das direkte Eindringen der Erreger durch das vesikale Ureterostium infolge Rückfluß und schließlich das Übergreifen des Prozesses von der Schleimhaut der Blase auf die des Harnleiters. Die bakteriologische Sicherung der Diagnose muß in solchen Fällen bedenken, daß der Gonokokkus weder morphologisch noch kulturell mit unbedingter Sicherheit vom Meningokokkus und Pseudomeningokokkus unterschieden werden kann. Aus diesem Grunde verlangen amerikanische Autoren die Ergänzung der färberischen und kulturellen Methoden durch biochemische und serologische.
O. A. Schwarz-Berlin.

c. Therapie

Kritisches zur Gonorrhoebehandlung, von H. Saenger, II. Gynäkol. Univ.-Kl. München. (D. m. W., 1926, Nr. 41, S. 1718.) Verf. warnt vor zu frühzeitiger und zu energischer Behandlung der Blennorrhoe. Die Erfahrung lehrt, daß Fälle, die unbehandelt geblieben sind, ausheilen, während solche, die sogleich behandelt werden, an aszendierender Blennorrhoe erkranken oder, wenn dies nicht der Fall ist, hartnäckig positiven Befund aufweisen. Folgende Richtlinien für die Behandlung werden empfohlen: 1. Keine Lokalbehandlung bei akuter Erkrankung und bei starker Eiterung mit vorwiegend intrazellulär gelegenen Gonokokken. Absolute Genitalruhe, allgemeine Schonung, Diät, Alkoholverbot, antiphlogistische Maßnahmen, Waschungen, während der Menses Bettruhe und Atropin. Intern Balsamika und Harndesinfizientia. Versuche mit Vakzine oder unspezifischen Reizmitteln. 2. Bei Nachlassen der Eiterung und vorwiegend extrazellulärer Lagerung der Gonokokken Auswischen der Zervix jeden zweiten Tag mit 10%igem Ichthyolglyzerin, 5%iger Jodtinktur oder schwachen Silberlösungen. Tritt dann Reaktion auf, dann legt man ab und zu Pellidol-, Targesin-, Choleval- oder andere Styli ein. Dazu läßt man mit Chlorzink Spülungen machen. Die Urethra wird mit 3%igem Argonin oder Protargol und mit Gonostyli behandelt. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Heilung des Trippers, von K. Zieler, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkht. Würzburg. (W. m. W., 1926, Nr. 31, S. 949.) Verf. steht auf dem Standpunkte, daß der Tripper des Mannes mit seltenen Ausnahmen stets zu heilen ist. Die Behandlung muß alle zum Harntrakt gehörigen Drüsenorgane untersuchen und, wenn notwendig, behandeln. 1—2 Monate nach der Behandlung gründliche Provokation, die sich aus Dehnungen, Massage, Reizspülungen, Vakzineinjektion usw. zusammensetzen muß und nach mehreren Tagen nochmals zu wiederholen ist.
E. Langer-Berlin.

Über Behandlung der chronischen Gonorrhoe durch Malariaübertragung, von R. Lenzmann-Duisburg. (D. m. W., 1926, Nr. 38, S. 1608.) Verf. hat 68 weibliche und 5 männliche Kranke, die an unbeeinflußbarer chronischer Blennorrhoe litten, der Malariabehandlung unterzogen und berichtet über günstige Resultate. Die männlichen Pat. wurden sämtlich gonokokkenfrei, die weiblichen zu 78%. 11 wurden noch negativ nach anschließend dreiwöchiger Behandlung. 4 Fälle blieben unbeeinflußt.
F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

L'hyposulfite double d'or et de sodium dans l'urétrite aiguë blennorragique (Unterschwefligsaure Goldnatriumverbindung bei blennorrhoischer Urethritis acuta), von L. Fournier und P. Mollaret. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 27, S. 657.) Verff. glauben durch frühzeitige intramuskuläre Goldinjektionen in öliger Suspension Einwirkung auf die Gonokokken erzielt zu haben. Die Nebenwirkungen lokaler wie allgemeiner Art sind indes sehr bedeutend. H. Lippert-Köln.

Über einige neuere Silberpräparate zur Blennorrhoebehandlung, von I. Kron-Budapest. (Budapesti Orvosi Ujság, 1926, Nr. 31.) Die Berichte über Reargon, Nekaron, Azykal enthalten Bekanntes. Das „Argil"-Egger, eine Silber-Zyanverbindung, enthält 55% Silber, löst sich auch im Leitungswasser ohne Niederschlag; seine chemische Zusammensetzung ist sehr beständig. Mit Eiweiß bzw. Salzen bildet es keinen Niederschlag; die Wäsche wird nicht beschmutzt, Reizerscheinungen waren nicht zu beobachten. Die Anfangsdosis beträgt 0,04 g auf 200 g Wasser, kann wöchentlich erhöht werden bis zu 0,15 g auf 200 g Wasser. Bei Erkrankungen der hinteren Urethra bzw. der Blase kann man mit einer Lösung von 1:10000 bis 1:2000 irrigieren, ohne einen Reiz zu erzeugen; ebenso reizen auch die $^1/_2$—2%igen Instillationen nicht. Andere besondere Vorzüge gegen andere modernen Antiblennorrhoika werden nicht erwähnt.
K. v. Berde-Szeged.

Beobachtungen und Erfahrungen mit der organotropen Gonorrhoebehandlung, von M. Würzburger. (M. Kl., 1926, Nr. 44, S. 1677—1682.) Die Behandlung der aszendierten Blennorrhoe soll zunächst eine konservative sein. Operation im allgemeinen bei dauernden Rezidiven. Röntgenbehandlungen, besonders bei starken und häufigen Blutungen, bei großen, nicht abgrenzbaren Adnextumoren und zur Ruhigstellung durch temporäre Sterilisierung. Die Vakzinebehandlung kommt als Ergänzung der Lokalbehandlung nur bei subakuten und chronischen Fällen in Betracht. Das Streben geht weniger dahin, die Gonokokken abzutöten, was doch aussichtslos ist, als die örtliche Reaktion der Gewebe gegen die Gonokokken zu unterstützen. Das führte zur Anwendung des Pellidols, das in Stäbchen zweimal täglich in die Harnröhre, einmal täglich in die Zervix eingeführt wird; dazu dreimal wöchentlich zwei Aolanquaddeln.
E. Levin-Berlin.

L'acridinothérapie des affections gonococciques; son intérêt, son avenir (Die Behandlung blennorrhoischer Affektionen mit Akridinfarbstoff), von H. Jausion, M. Vaucel und E. Diot. (Presse méd., 1926, Nr. 51, S. 804.) Die umfangreiche Arbeit befaßt sich eingehend mit dem Gonakrin, dem Chlormethyldiaminoakridin, dessen Wirksamkeit durch noch weitere Versuche bestätigt werden muß.
O. A. Schwarz-Berlin.

Klinische Erfahrungen mit dem neuen Antigonorrhoikum Transargan, von E. Thoma, Städt. Krkhs. Spandau. (D. m. W., 1926, Nr. 37, S. 1557.) Als besondere Vorzüge der Transarganbehandlung werden gerühmt: 1. die vollständige Reizlosigkeit des Präparates; 2. die Sauberkeit der Behandlung (das Mittel verursacht keine Flecke); 3. die leichte Löslichkeit und 4. die Möglichkeit, Brunnenwasser zur Lösung zu verwenden. Die Heilung trat bei akutem Tripper in durchschnittlich $20^1/_2$ Tagen, bei chronischem in 34 Tagen ein. F. Harry-Wiesbaden.

Rivanol in der urologischen Praxis, von B. Wellisch-Budapest. (Magyar Orvos, 1926, Nr. 21.) In akuten Fällen verschwinden die Gonokokken in 4—12 Tagen, aber sie rezidivieren fast immer. Von 32 Fällen ist es Verf. nur zweimal gelungen, eine endgültige Heilung zu erreichen. Beginn mit einer Lösung von 1:500; das Janetsche Verfahren (oder Guyoninstillationen) und läßt 8—10 Minuten zurückhalten. Nach 8 Tagen Argentumbehandlung. Zystitis und Pyelitis geben mit der Rivanolbehandlung bessere Resultate. Nach vorherigen Waschungen mit Desinfizientien (3%ige Borlösung 1:5000, Hg oxycyanat) bringt er 30—50 g einer 1‰igen Rivanollösung für $^1/_2$ Stunde in die Blase und bei Pyelitis 5—10 g durch Uretherenkatheter in das Nierenbecken für 10 bis 12 Minuten und läßt dann per vias naturales entleeren. M. Porosz-Budapest.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 5 (Bd. 84) 29. Januar 1927

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL LABORATORIES TO BE REMOVED

Aus der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Berlin-Lankwitz
(Dirig. Arzt: Dr. C. Siebert)

Impetigo herpetiformis beim Manne mit schweren Gelenk- und Nagelveränderungen

Von

Dr. E. Wreszynski, Assistenzarzt

Mit 1 Abbildung im Text

Die Zahl der bekannten Fälle von Impetigo herpetiformis ist immer noch sehr gering. Die letzte zahlenmäßige Zusammenstellung von Pohlmann aus dem Jahre 1923 zählt 51 Fälle, von denen allerdings P. bei strenger Sichtung nur 12 als einwandfrei bestehen lassen will. Außer diesen sind mir nur 3 weitere Fälle aus der letzten Zeit bekannt geworden, und zwar die Fälle von Dogali, Kolisch und Kyrle.

Von Rost, Walter und zuletzt von Pohlmann sind die bis dahin veröffentlichten Beobachtungen eingehend besprochen und kritisch gewürdigt worden. Aus ihrer Zusammenstellung sind die Symptome dieser häufig letalen Krankheit so deutlich geworden, daß mit Fehldiagnosen oder Rubrizierung andersartiger Erkrankungen unter dem Namen Impetigo herpetiformis nicht mehr zu rechnen sein dürfte. Die drei seither bekannt gewordenen Fälle halten der Kritik stand; sogar die von einigen Autoren (z. B. Wechselmann, Pohlmann u. a.) als notwendig zur Diagnose geforderte Schwangerschaft ist in allen drei Fällen vorhanden, eigenartigerweise bei allen dreien als zweite Gravidität. Dermatologisch bieten sie die Kennzeichen der Impetigo herpetiformis, wie sie zuerst von Hebra beschrieben sind: „die Proruption von mit Eiter gefüllten Bläschen, welche sich sowohl durch ihren gleich bei deren Entstehen bemerkbaren eitrigen Inhalt als durch ihre Anreihung, Gruppierung, periphere Ausbreitung besonders charakterisieren". Auch die im Laufe der Jahre als weitere Charakteristika anerkannten Symptome sind überall vorhanden: Sterilität des Pustelinhalts und der Blutkulturen, intermittierendes Fieber, die neuen Eruptionen traten in Schüben auf, man wies ferner auf die kaum oder gar nicht nässende, rotbräunliche Fläche des Pustelsitzes hin, die bräunliche Pigmentierung nach der Abheilung im Zentrum, die Rezidive am Rande, die starke Prostration.

Ein einschlägiger Fall bei einem Manne, der aber bisher nicht beobachtete Symptome zeigte, sei mit gekürzter Krankengeschichte mitgeteilt.

Digitized by Google

Anamnese: 37 Jahre alter Arbeiter, Vater durch Unglücksfall ums Leben gekommen, Mutter lebt, ist gesund. 4 gesunde Geschwister. Pat. ist seit 7 Jahren verheiratet, hat 2 gesunde Kinder. Als Kind Masern und einmal einen Hautausschlag auf dem Kopf. Vor 2 Jahren wegen Magenleiden 2 Monate Krankenhausbehandlung. Venerische Infektion negiert. Seit einiger Zeit bestehen rheumatische Schmerzen in allen Gliedern, Gelenkschwellungen und ein Hautausschlag.

Von dem schwer zugänglichen Pat. war nur soviel zu erfahren. Die Ehefrau gibt an, daß er im Kriege eine Schußverletzung am Halse hatte, danach lange Zeit Genickschmerzen. Im Kriege bestand auch einmal Gelenkrheumatismus mit „völliger Steifheit der Glieder". Seit 1918 dauernd Schmerzen im rechten Knie, besonders bei schlechtem Wetter. Der rechte Fuß wurde seitdem etwas nachgezogen. Anfang 1925 traten „rote Flecken" am Gesäß auf, die bald vergingen und an anderen Stellen wiederkamen. Es bestand geringes Nässen am Gesäß und in den Leistenbeugen. Zu gleicher Zeit wurden die Schmerzen im rechten Knie stärker; es traten Schmerzen und Schwellung der rechten Schulter auf. Pat. konnte sich nach und nach immer weniger bewegen, ging gebückt und klagte über außerordentlich starke Kreuzschmerzen. Am 21. XI. 1925 wurde Pat. ins Krankenhaus aufgenommen.

Aufnahmebefund: Mittelgroßer, schmächtiger Mann in stark reduziertem Ernährungszustand. Rachen, Zähne: o. B. Mundschleimhaut: o. B. Zunge: trocken, rissig, ohne Belag. Innere Organe: Herz und Lunge o. B. bis auf geringe Bronchitis. Abdomen stark gespannt, weswegen Leber und Milz nicht palpabel. Kein Aszites, keine Ödeme, keine Drüsenschwellungen. Pupillen reagieren auf L. und K.; angedeuteter Nystagmus nach rechts und links. Kniereflexe wegen der Gelenkschwellungen (s. u.) nicht auslösbar. Starke, teigige Schwellung beider Kniegelenke, ohne nachweisbare Fluktuation, aktive und passive Bewegung völlig aufgehoben. Geringe Schwellung der gleichen Art in beiden Schulter- und Fußgelenken.

Auf der Haut der Brust, unregelmäßig verteilt, im ganzen nach den Achselhöhlen zu gerichtet, mehrere linsen- bis markstückgroße, rotbraune Flecken, die zum Teil krustig belegt sind, mitunter von rupiaartigem Charakter. Hebt man diese Krusten ab, so erscheint darunter eine rotbraune, trockene, glänzende, gefältelte Haut, wenig infiltriert. Auf dem unteren Teil des Rückens große, zusammenhängende, ebenso verfärbte, auch zum Teil schmierig-krustös belegte Flächen. Die Genitokruralfalten, die angrenzenden Oberschenkelpartien, die Schamberggegend sind ganz in derselben Weise verändert. Auf dem behaarten Kopf ausgedehnte, dick mit silbrig glänzenden, schuppigen Auflagerungen bedeckte Flächen; nur die vordere Hälfte der Schläfe und Scheitelbeine ist frei.

WR negetiv. Urin frei von Eiweiß und Zucker, auch von Gallenfarbstoffen, Indikan-Diazo: negativ. Sediment o. B. Blutbild: 4000000 Erythrozyten, 12000 Leukozyten, davon 79% Neutrophile, 15% Lymphozyten, 5% große Mononukleäre, 1% Eosinophile, 68% Hbg. (Bei späteren Untersuchungen außer fortschreitender Anämie keine Veränderung.)

Bis Anfang Januar d. J. war keine wesentliche Änderung des Hautbildes eingetreten. Eine sichere Diagnose ließ sich aus den vorhandenen Erscheinungen noch nicht stellen; eine mit Atophanyl und anderen Antirheumatizis eingeleitete Behandlung der Gelenkleiden blieb ohne bemerkenswerten Erfolg.

Pat. nahm weiter an Gewicht ab. Die ganze Zeit über bestanden unregelmäßige, zeitweise intermittierende Temperatursteigerungen. Mitte Januar wurde das Fieber regelmäßig remittierend bis etwa 38°.

Am 9. Februar wurden zum ersten Male auf dem etwas röter gewordenen Grunde der Schamgegend, auf der Brust, auch vereinzelt auf dem Rücken über Nacht entstandene miliare, eitergefüllte Bläschen am Rande der verfärbten Hautpartien beobachtet. Kulturen aus Bläscheninhalt und Blut waren steril; dem ganzen Bilde nach kam nunmehr die Diagnose Impetigo herpetiformis in Frage.

Röntgenaufnahmen mehrerer Gelenke zeigten keine besonderen Veränderungen der Gelenkflächen oder der Gelenkspalten. Anfang März waren alle Bläschen eingetrocknet, die Haut in der anfangs beschriebenen Weise verändert, zum Teil borkig belegt.

Ende März schwoll das rechte Handgelenk und mehrere Fingergelenke der rechten Hand an; teilweise traten Temperatursteigerungen bis 39° auf, ohne daß ein Zusammenhang der Temperatursteigerungen mit neuen Bläscheneruptionen nachgewiesen werden konnte. Anfang April schwoll das linke Kiefergelenk an. Die Schwellung ging bald zurück; die anfangs ganz geringe und sehr schmerzhafte Be-

Digitized by Google

wegungsfähigkeit wurde im Laufe der Zeit wieder besser, blieb aber immer im Verhältnis zum Normalen sehr beschränkt.

Ende Mai trat hauptsächlich auf dem Rücken ein ausgedehnter neuer Bläschenschub der oben beschriebenen Art auf, von miliarer Größe, sofort eitergefüllt. Impfungen des Pustelinhalts auf normale Haut blieben ohne Ergebnis. Anfang Juni ist auch diese Bläscheneruption wieder verschwunden; hinterblieben ist eine braunrot verfärbte, trockene, nirgends erodierte Hautfläche, teilweise mit großblättriger Abschuppung. Der Rücken ist durch Konfluenz in eine einzige dunkelrotbraune Fläche verwandelt, die die oberen Drittel beider Oberarme ringförmig umgreift. (Genau dem in der Mitteilung von BUSCHKE gebrachten Bilde gleichend.) Auf dem behaarten Kopf, bis etwas über die Stirnhaargrenze hinausgehend, mehrere etwa linsengroße, braunrote Flecken, nach hinten zu konfluierend. Auf diesen größeren Flecken liegen schmutziggelbe Schuppen. In beiden Ellenbeugen etwa apfelgroße, rotbraune Flecken, mit mehr weißlichen Auflagerungen bedeckt; in der rechten Ellenbeuge noch einige miliare eingetrocknete Bläschen. Genitalgegend, Brust, Bauch, Schenkel in der gleichen Weise verändert.

Abb. 1. Nagelveränderungen bei Impetigo herpetiformis

In den letzten Wochen ist das Aussehen der Nägel und ihrer Umgebung wesentlich und zunehmend schwerer verändert worden. Zuerst bestand nur eine starke, geschichtete Hornvermehrung, die zu einer etwa 1 cm starken Verdickung der Nägel führte. Allmählich entstand eine entzündliche Schwellung der Nagelbetten ohne Eiterung, die nach ihrem Abklingen eine schmutzig-blaurote Verfärbung mit lamellöser Hautabschuppung hinterließ.

Die Schultergelenke schwollen im Laufe der Zeit ab, ohne aber wesentliche Bewegungsfähigkeit zu erlangen. Alle anderen Extremitätengelenke blieben stark geschwollen, bzw. wurden sie von derselben teigigen Schwellung befallen, zuletzt das rechte Ellenbogengelenk, am stärksten das rechte Fußgelenk. Die Zehennägel der beiden ersten Zehen des rechten Fußes und ihre Umgebung sind in derselben Weise wie die Finger verändert. Die Nägel sind etwas von der Unterlage abgehoben, zeigen starke Hyperkeratose; die umgebende Haut ist livid verfärbt, blättrig schuppend. Der linke Fuß ist ganz frei. Punktion des rechten Ellenbogengelenkes an zwei Stellen fördert keinen Erguß, sondern nur wenig Gewebsflüssigkeit zutage. Punktat I: blutig, Blutplatte, Brühe steril. Punktat II: serös, Blutplatte steril, Brühe: grampositive Stäbchen (Veruneinigung?).

Mitte Juni traten an der Stirnhaargrenze noch einmal Pusteln auf, sonst blieb die Haut unverändert. Bis Anfang Juli nahm der Kräfteverfall immer mehr zu; die Abmagerung hatte extreme Formen angenommen, einige Dekubitalstellen hatten sich nicht vermeiden lassen. Am 5. VII. trat der Tod ein.

Die Sektion ergab keinen pathologischen Organbefund; insbesondere zeigten Sella turcica, Hypophyse, Nebenniere, Schilddrüse makroskopisch und mikroskopisch keine pathologischen Veränderungen. Die Haut konnte histologisch erst nach dem Tode untersucht werden. Der Befund (Dr. EDMUND MAYER) deckt sich im wesentlichen mit den bisher bekannten. Die Haut vom Fußrücken zeigte lange Epidermiszapfen, dicht unter ihnen ein Infiltrationswall aus Lymphozyten, Plasmazellen,

Digitized by Google

fixen Zellen und Blutpigment. In den tieferen Schichten der Kutis nur ganz spärliche Infiltrate. Die Elastika ist dort, wo die Epidermis größere Einsenkungen macht, sehr verstärkt. An der Bauchhaut sind die Epidermiszapfen flacher, sonst dasselbe Bild. Nagelfalz und Haut in der Umgebung eines Zehennagels zeigen lange Epidermiszapfen; das Nagelbett enthält lymphozytäre Infiltrate mit geringer leukozytärer Beimischung. Die Hornsubstanz bildet unregelmäßige Lamellen. Die Epidermis hat hier eine normale Basal- und Stachelzellschicht; an letztere schließt sich eine ein- oder zweifache Keratohyalinschicht, auf welche die Hornlamellen folgen.

Der geschilderte Fall weicht von den bisher veröffentlichten durch die Vergesellschaftung mit dem schweren Gelenkleiden ab, das zur vollständigen Ankylose aller größeren Gelenke führte, so daß Pat. schließlich völlig bewegungsunfähig war, während ähnliche Fingerveränderungen auch von ASSMANN beobachtet zu sein scheinen. „Abstoßung der Nägel an Fingern und Zehen" wird im Fall von KOLISCH berichtet. Das gleichzeitige Auftreten der Gelenkschwellungen mit den Hauterscheinungen, ihre Resistenz gegen die sonst wirksame Therapie, ihr nicht akut entzündlicher, torpider Charakter machen einen ursächlichen Zusammenhang wahrscheinlich. Trotzdem bietet aber auch diese Kombination wegen des steril befundenen Gelenkpunktates keine Klärung der immer noch umstrittenen Ätiologie.

Die letzten Arbeiten haben die mannigfachen Vermutungen über die Krankheitsursache wenigstens auf zwei mehr oder weniger wahrscheinliche reduziert. Während ein Teil der Autoren (z. B. ROST) eine rein infektiöse Ursache annimmt, glaubt der andere (z. B. SCHARDORN, TOMMASOLI, WECHSELMANN, ZIEMANN) an toxische Prozesse als Ursache, hervorgerufen durch Störungen im inneren Sekretionsstoffwechsel, häufig durch Schwangerschaft verursacht. Bei den 13 seit 1921 veröffentlichten Fällen ist siebenmal die Funktionsstörung einer Drüse mit innerer Sekretion beobachtet worden. Bei den zwei Fällen von SCHARDORN, ferner bei den Fällen von KYRLE und KOLISCH bestand Tetanie nach Strumaoperation. TRYB hat bei seinem Fall Polyurie und Hypophysenvergrößerung gefunden. Im Fall von BUSCHKE bestand ein Mediastinaltumor, von dem in diesem Zusammenhang angenommen werden kann, daß er Schilddrüse oder Nebenschilddrüsen komprimiert hat, zumal nach Bestrahlung und Rückbildung des Tumors auch ein Rückgang des Hautleidens erfolgte. WALTER hat in seinem Fall Osteomalazie gesehen. In den übrigen Fällen ist über die eventuelle Ursache nicht näher berichtet worden; nur BRUHNS und POHLMANN weisen darauf hin, daß bei ihren Patienten kein Zeichen für eine Störung der inneren Sekretion vorhanden war.

Es ist verwunderlich, daß auch heute noch von einigen Autoren, wie z. B. POHLMANN, eine Beschränkung der Diagnose Impetigo herpetiformis auf Affektionen schwangerer Frauen gewünscht wird. Daß zufällig die zuerst von HEBRA veröffentlichten Fälle schwangere Frauen betrafen, kann nicht als bindend betrachtet werden, nachdem 20 gewissenhafte Beobachter die Diagnose Impetigo herpetiformis bei Männern, bei nichtgraviden Frauen, bei einer Virgo und bei Knaben dem dermatologischen Befund nach stellen mußten.

Die Gravidität stellt unserer Meinung nach, ebenso wie Störungen der inneren Sekretion, nur die auslösende Ursache dar für das Auftreten der

Digitized by Google

Krankheit, mag diese toxischer, mag diese infektiöser Natur sein, bei dazu disponierten Individuen. Für die wesentliche Bedeutung der Disposition spricht auch der Umstand, daß Frauen, die einmal während einer Schwangerschaft leichtere Formen der Krankheit durchmachten, auch bei späteren Schwangerschaften von neuen, dann meist schwereren Anfällen heimgesucht wurden. In diesem Sinne äußert sich auch Novak im Handbuch der Biologie und Pathologie des Weibes, von Halban-Seitz: „Hier liegen offenbar Bedingungen vor, die in der Schwangerschaft verhältnismäßig häufig, außerhalb der Gravidität aber nur ausnahmsweise gegeben sind."

Therapeutisch sind bei schwangeren Frauen Behandlungen mit dem Serum gesunder Schwangerer, mit Nabelschnurblut gesunder Neugeborener (Dogali) selten Reiztherapie (Terpentin) von Erfolg gewesen; nach der Zusammenstellung von Pohlmann trat jedoch in weit mehr als der Hälfte der Fälle der Tod ein. In unserem Falle waren Salvarsan, Omnadin, Aolan ohne Erfolg und konnten den letalen Ausgang nicht aufhalten.

Wie die Berichte der letzten Zeit und unser Fall zeigen, ist das Symptomenbild der Impetigo herpetiformis anscheinend noch immer nicht erschöpft, so daß von weiteren Beobachtungen vielleicht noch neue Gesichtspunkte für die Ätiologie und Klinik dieser Krankheit zu erwarten sind.

Literatur

Zusammenstellung s. Pohlmann, Derm. Zschr., 1925, Bd. 45, S. 289. — Dogali, Fol. med., 1924, Jg. 10, Nr. 15. — Kohlisch, Zbl. f. Gyn., 1924, H. 22. — Kyrle, Dermatologischer Kongreß, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankht., 1925, Bd. 18, S. 526. — Novak, J., Beziehungen zwischen Haut und weiblichem Genitale in Halban-Seitz „Handbuch der Biologie und Pathologie des Weibes", Berlin 1926, Bd. 5, S. 559.

Aus der Dermatologischen Klinik der I. Staatsuniversität in Moskau
(ehem. Direktor: Prof. W. W. Iwanoff)

Zur Ätiologie des Boeckschen Sarkoids[1])

Von

D. Krupnikoff, Assistent der Klinik

Hinsichtlich der Ätiologie des Boeckschen Sarkoids herrscht heutzutage — trotz einer großen Menge beschriebener Fälle — noch immer keine Einigkeit. Während die einen (Stillians, Pautrier), auf die eventuelle positive WR und günstige spezifische Behandlung Bezug nehmend, das Boecksche Sarkoid mit der Lues in Zusammenhang bringen, finden es andere (Lutz) für möglich, die genannte Erkrankung als ein „Syndrom" zu betrachten, welches durch verschiedenartige Erreger bedingt werden kann. Es werden selbst Stimmen laut (Takeya), welche glauben, daß

[1]) Im Auszuge in der Sitzung der Moskauer Derm. Ges. am 8. V. 1924 mit Präparatenvorstellung mitgeteilt.

Digitized by Google

die Erkrankung ihr Entstehen einem eigenartigen, uns noch unbekannten Erreger verdankt. Am häufigsten aber, und in letzter Zeit besonders nachdrücklich, wird von der tuberkulösen Natur der Krankheit gesprochen, wobei selbst in dieser Hinsicht jeder einzelnen Meinung eine andere Beweiskräftigung zugrunde gelegt wird. LEWANDOWSKY z. B. basiert sich hauptsächlich auf dem histologischen Bilde der typischen Hauttuberkulose beim BOECKschen Sarkoid, andere wieder (SCHAUMANN, MICHALIK, GANS und STÜMPKE) halten die Effloreszenzen des BOECKschen Sarkoids für tuberkulös bei gleichzeitigem Bestehen einer Organtuberkulose, um so mehr, wenn im Sputum irgend welche Stämme der Tuberkellbazillen gefunden werden. Die dritten endlich sehen eine zweifellose Beziehung des BOECKschen Sarkoids zur Tuberkulose in der eigenartigen biologischen Eigenschaft des Organismus, negativ auf Tuberkulin zu reagieren. Besonders eingehend hat sich in letzter Hinsicht MARTENSTEIN beschäftigt, wobei er geistreich nachweisen konnte, daß das BOECKsche Sarkoid eine besondere Reaktionsart des Organismus auf die tuberkulöse Infektion hin darstellt.

Indem wir MARTENSTEINS serologische Nachforschungen, welche gut den häufigen Ausfall der Reaktion auf Tuberkulin bei entsprechenden Kranken erklären, gebührend anerkennen, möchten wir uns doch der Meinung LEWANDOWSKYS anschließen, welcher die beweiskräftigste Bestätigung der tuberkulösen Ätiologie des BOECKschen Sarkoids in dem Befund der Tuberkelbazillen im histologischen Schnitt und dem positiven Tierexperiment sieht. Zur Zeit liegen schon — zwar vereinzelte — Beobachtungen vor, welche diesen Anforderungen genügen. Erstens sind es die Angaben von BOECK selber, welchem es gelang, säurefeste Stäbchen in der Nasenschleimhaut seines Kranken nachzuweisen, und ferner die Arbeiten von KYRLE und RUETE. Ich erlaube mir auf die beiden letzten näher einzugehen: KYRLE hatte Gelegenheit, einen Patienten mit BOECKschem Sarkoid vom Beginn der Erkrankung bis zum Endstadium zu beobachten. In dem histologischen Schnitt der Effloreszenzen von 4—10tägiger Dauer konnte er dabei eine große Menge säurefester Stäbchen nachweisen, wobei die Gewebsveränderungen einen unspezifischen, entzündlichen Charakter trugen. In den später entnommenen Stückchen war die epitheloidzellige Struktur der Herde deutlicher ausgesprochen, die Stäbchen konnten aber in geringerer Zahl und nur mit Mühe nachgewiesen werden. Der entsprechende Befund versagte völlig in den Effloreszenzen 36tägiger Dauer, wogegen um so ausgesprochener in ihnen das typische histologische Bild des BOECKschen Sarkoids zur Geltung kam. Ganz frisches, in den ersten Tagen der Erkrankung entnommenes Material wurde Meerschweinchen mit positivem Ergebnis inokuliert. Somit muß die tuberkulöse Natur der Erkrankung in KYRLES Fall als bewiesen betrachtet werden.

Der Fall, welcher RUETE 1922 zur Verfügung stand, zeichnete sich durch Abwesenheit einer allgemeinen Tuberkulose und eine negative Tuberkulinprobe aus. In histologischen Schnitten frischer Effloreszenzen konnte auch er säurefeste, tuberkelähnliche Stäbchen darstellen, wogegen dieselben in Schnitten mit ausgesprochener epitheloidzelliger tuberkuloider Struktur vermißt wurden. Somit kann durch den Befund genannter

Digitized by Google

Bazillen auch in diesem Falle die tuberkulöse Ätiologie des BOECKschen Sarkoids bekräftigt werden.

Auch mir gelang es bei der Untersuchung eines typischen Falles eines BOECKschen Sarkoids, im histologischen Schnitt säurefeste Stäbchen nachzuweisen. Die Seltenheit des Befundes und die Wichtigkeit eines jeden einzelnen einschlägigen Falles für die Beweiskräftigung der tuberkulösen Natur des BOECKschen Sarkoids veranlassen mich, diesen Fall zu veröffentlichen.

Pat. D., 55 Jahre alt, Kaufmann. Anamnestisch werden drei zu verschiedenen Zeiten durchgemachte Typhus vermerkt: im 30. Lebensjahre Fleckfieber, im 49. Abdominalis und im 52. Rekurrens (3 Anfälle). Vor 10 Jahren plagten den Pat. rheumatische Schmerzen im Knie- und Ellenbogengelenk. Vor 3 Jahren Gonorrhoe. Alkoholmißbrauch.

Die Mutter mit 50 Jahren an Vaginakarzinom gestorben; der Vater mit 40 Jahren erschlagen. Ein Bruder, 45 Jahre alt, an Lungentuberkulose eingegangen; die Schwester, 50 Jahre, gesund. Die Frau des Pat., 50 Jahre, leidet an Tuberkulose. Zwei Kinder an derselben Krankheit verloren, ein Sohn im Kriege gefallen, ein anderer von unbekannter Ursache gestorben. Am Leben ein einziger Sohn von schwächlicher Gesundheit.

Vor etwa 5 Monaten hat Pat. eine blaurote Geschwulst auf der linken Wange bemerkt, die er in Zusammenhang mit zur Zeit bestandenen Zahnschmerzen gebracht hat, die aber noch heute an derselben Stelle existiert. Nach einiger Zeit traten heftige Schmerzen in den Fingern der linken Extremitäten ein, und bald darauf erkrankte die Haut auf der Handinnenfläche und am Fuß. Vor etwa 3 Monaten hat Pat. zum ersten Male ein Geschwür auf dem Glied bemerkt und später auch Veränderungen am Stamm (Brust und Rücken). Einige Tage zuvor hat ein Coitus ex domo stattgefunden. Es wurde zuerst ein weicher, dann ein harter Schanker diagnostiziert und entsprechend mit Salben, Quecksilberfriktionen (fünfmal) und „914" (einmal) resultatlos behandelt.

Status praes.: 10. IV. 1924. Übermittelgroß, gut genährt. Regelmäßiger Skelettbau. Die Effloreszenzen sind auf dem Gesicht, der Brust, auf den Schulterblättern, den obern und untern Extremitäten lokalisiert. Im Gebiet der linken naso-labialen Falte ist ein scharf begrenzter, über dem Niveau der Haut prominierender, ovaler Herd, $2^1/_2 \times 2$ cm, von blauroter, teils violetter Farbe zu vermerken; seine Oberfläche ist glatt, im oberen Segment wie zerstochen. Stellenweise sind an der Peripherie erweiterte Blutgefäße zu sehen. Die Konsistenz des Knotens derb elastisch. Unter der linken Mamilla lokalisiert sich ein zweiter flacher, etwa zehnpfennigstückgroßer, ovaler, erhabener Herd von braunroter Farbe, elastischer Konsistenz, scharf begrenzten Rändern und sich leicht schuppender Oberfläche. Auf dem Rücken, im Bereich des oberen innern Schulterblattwinkels finden sich drei weitere Herde (2, $1^1/_2$ und 1 cm im Durchmesser), welche sich von den eben beschriebenen durch atrophische Einsenkungen im Zentrum und schärfer ausgesprochene Abschilferung der weißen lamellenhaften Schuppen auszeichnen. Der Herd auf der linken Handinnenfläche ist 5×7 cm groß, unregelmäßig konturiert, kaum über der Hautoberfläche erhaben, von blauroter Farbe; seine Oberfläche ist mit verhornten Schuppen bedeckt, welche gegen die Peripherie hin in grauweiße Hornmassen übergehen, so daß das Ganze gleichsam einer Tuberculosis verrucosa cutis ähnlich sieht; bei eingehender Untersuchung erweist sie sich außerdem von kleinsten Pünktchen wie zerstochen, wobei durch die Epidermis stecknadelkopfgroße und kleinere Fleckchen, welche sich bei der Diaskopie bräunlich verfärbt erweisen, durchscheinen.

Auf der linken Handoberfläche findet sich in einer Ausdehnung von $1^1/_2$ cm eine Gruppe von Elementen, die eine braunrote Farbe besitzen und im Niveau der Hautoberfläche liegen; in ihrem Grunde läßt sich ein geringes Infiltrat durchfühlen. Die Haut der linken großen Zehe, hauptsächlich seiner Ober- und Seitenflächen, ist braunrot, mit einem Stich ins Bläuliche verfärbt, schuppt ab. Von ähnlichem Aussehen, bloß mit scharf ausgesprochenen verhornten Auflagerungen, ist der Herd auf dem äußeren Rand der rechten Fußsohle. Im Bereich der linken Kniebeugenhöhle, gegen außen hin, befindet sich ein weiterer Herd (6×8 cm), der teils aus einzelnen, teils aus gruppenweise angeordneten oder zusammenfließenden, stecknadelkopfgroßen Papeln besteht. Dieselben sind von braunroter Farbe; ihnen liegt ein derbes Infiltrat zugrunde, besonders an den Stellen, wo die Papeln zusammenfließen. Auch hier ist an der Oberfläche stellenweise eine Abschuppung bemerkbar. Durch besonders ausgesprochene Ab-

Digitized by Google

schilderung zeichnet sich ein etwas kleinerer, im übrigen gleicher Herd auf der Vorderfläche des Unterschenkels, im Gebiet der Tuberositas tibiae, aus. Einzelne größere Knötchen von gleichem Charakter sind auch auf der rechten Wange und Ohrmuschel, auf der Seitenfläche des Abdomens, dem Rücken und dem rechten Oberschenkel zu verzeichnen.

Der untere Teil des Penis ist zusehends verdickt; auf der Glans penis und dem Präputium sind mehrere Erosionen von unregelmäßiger Konfiguration bemerkbar, die teilweise zusammenfließen und nur geringe Flächen normaler Haut zwischen sich erkennen lassen. Die Erosionen sind grellrot, glänzend, zum Teil vertieft, gleichsam oberflächliche, reine, glänzende Geschwüre bildend. Der Erosionsgrund wird von unscharf begrenztem, pastösem Infiltrat gebildet.

Die subjektiven Klagen beziehen sich auf ausstrahlende Schmerzen, die zeitweise in den Fingern der linken Extremitäten, besonders in der Zehe und der rechten Fußsohle, auftreten.

Die inguinalen, kruralen, kubitalen, zervikalen und okzipitalen Lymphknoten ohne Befund.

Die sichtlichen Schleimhäute normal verfärbt. Am Herzen lassen sich dumpfe Töne wahrnehmen. Die Perkussion und Auskultation weisen auf einen normalen Befund der Lungen hin. Derselbe wird von der Röntgenoskopie bestätigt; das Herz erscheint dabei etwas vergrößert, durch den hohen Zwerchfellstand nach links gedreht, die großen Gefäße mäßig verbreitert. Verdauungsorgane normal.

Die wiederholt ausgeführte Blutuntersuchung ergab normale Werte. WR und SGR wurden dreimal mit negativem Resultat ausgeführt.

Die Reaktion Pirquet mit Alttuberkulin in einer Verdünnung von 5, 10, 20% fiel schwach positiv aus.

Harn ohne besondern Befund.

Die wiederholten Untersuchungen der Erosionsabsonderung auf dem Penis blieben erfolglos.

Zur histologischen Untersuchung wurden sowohl Papeln als auch Infiltrate verschiedener Dauer, dazwischen auch 14tägiger, entnommen. Dieselben wurden in Formol, Orths Gemisch und absolutem Alkohol fixiert und mit Hämatoxylin-Eosin nach Ziehl-Neelsen und Much gefärbt. Die Resultate der Untersuchung sind folgende:

Die frische Affektion: Die Epidermis in allen ihren Schichten gut erhalten. Keine überflüssige Keratose noch Parakeratose. Papillen abgeflacht. Unmittelbar unter der Epidermis befinden sich diffuse Zellinfiltrationen, die scharf von der gesunden Haut abgegrenzt, sich strangweise in die Tiefe bis zum Unterhautzellgewebe hinziehen. Sie sind arm an Gefäßen und bestehen aus runden lymphoiden Zellen mit einem runden, intensiv gefärbten Kern und hauptsächlich aus großen epitheloiden, sich verzweigenden Zellen mit einem ovalen oder runden bläschenartigen Kern. Die Epitheloidzellen zeigen die Tendenz, miliare, knötchenartige Anhäufungen zu bilden, wobei dieselben dann von den lymphoiden Zellen kranzmäßig umringt sind. Riesenzellen sind nur vereinzelt zu verzeichnen, aber, soweit vorhanden, vom typischen Bau der Langhansschen Zellen mit peripherischer Randstellung der Kerne. Die Färbung nach Ziehl-Neelsen fördert in diesen Schnitten in der Nähe der Epidermis eine beträchtliche Menge zwischen den Zellen gelegener feiner Stäbchen zutage. Sie sind violett gefärbt, entweder stäbchenartig mit zwei Polkörnchen oder durchweg gekörnt, aus 4—5 feinsten Körnchen bestehend, und sehen den von Much beschriebenen Tuberkelbazillen äußerst ähnlich.

Die Effloreszenzen älteren Datums, vom Rücken und verschiedenen Stellen des Unterschenkels entnommen, weisen überall folgendes Bild auf: Scharf ausgesprochene Keratose und mitunter Parakeratose. Die

Digitized by Google

unmittelbar unter der Epidermis beginnende Gewebsinfiltration ist ebenfalls scharf vom gesunden Gewebe begrenzt und dringt tief bis zum Unterhautzellgewebe. Ihr Bau ist vorwiegend knötchenartig; die epitheloidzelligen Knötchen mit immensen Riesenzellen mit randständigen Kernen sind eng aneinandergedrängt, voneinander durch Stränge lymphoiden Gewebes oder noch erhaltenen Bindegewebes der Derma getrennt. In diesen Schnitten konnten bei der eingehendsten Untersuchung keine Bazillen nachgewiesen werden.

Das histologische Bild noch älterer Effloreszenzen weist bei ähnlichem Bau schon eine beginnende fibröse Umwandlung der Tuberkel auf: die epitheloiden Zellen dehnen sich, ihre Kerne werden schmäler und länger, verlieren das bläschenartige Aussehen, tingieren sich scharf. Diese Umwandlung beginnt von der Peripherie, während das Zentrum noch typische Epitheloidzellen und Riesenzellen aufweist. Nur vereinzelte Knötchen sind völlig fibrös umgewandelt. Auch hier konnten Bazillen nicht nachgewiesen werden.

Das Infiltrat läßt ein ausnehmendes Bild des tuberkuloiden Baues erkennen: während die Epidermis unverändert, bloß von leichten parakeratotischen Auflagerungen bedeckt ist, erscheint die ganze Dicke der Kutis von einer großen Menge miliarer, epitheloider Knötchen durchsetzt, welche von einem schmalen Ring lymphoider Zellen umgeben sind und massenhafte Riesenzellen mit typischer Randstellung ihrer Kerne beherbergen; wobei einzelne von ihnen als riesige synzytiale Massen imponieren, die sich kaum in das Gesichtsfeld einer Immersion einstellen lassen und etwa 200 große bläschenartige Kerne enthalten. Das Unterhautzellgewebe ist stellenweise rundzellig infiltriert, auch hier finden sich einige submiliare epitheloidzellige Knötchen. In den Tuberkeln keine zentrale Erweichung. Stäbchen nicht nachweisbar.

Zusammenfassend können wir sagen, daß wir bei unserem Kranken kleinknotige lichenoide Effloreszenzen beobachten konnten, ferner eine großknotige Form und diffuse Infiltrationen. An einigen Elementen ließ sich ein teleangiektatisches Stadium feststellen, an anderen wieder eine Rückbildung vom Zentrum aus, mit Hinterlassung feiner, glatter Narben. Die Diaskopie förderte eine charakteristische Marmoreszenz zutage, d. h. eine Abwechslung von weißen und zahlreichen braunen Fleckchen. Es fehlen nicht Pigmentflecke, die auf eine Rückbildung der Elemente hinweisen. Bemerkenswert in unserem Falle sind noch die Veränderungen der Genitalien in Form von Infiltrat und grellroten, wie von Granulationen bedeckten Erosionen. Somit weist unser Patient alle Formen der Erkrankung auf, den ganzen von BOECK beschriebenen Symptomenkomplex, jedoch ohne die später von anderen Forschern angegebenen Ergänzungen (Erkrankung der Lymphknoten, Milz, Leber, Knochen usw.).

Was das histologische Bild anbetrifft, so ist in unserem Falle in den Effloreszenzen älteren Datums der tuberkuloide Bau ausgesprochen, wogegen in den frischen Herden diffuse entzündliche Veränderungen mit bloß angedeuteter Knötchenbildung zu verzeichnen sind. Besonders beachtenswert erscheint uns der Befund von Stäbchen im histologischen Schnitt, die morphologisch den Tuberkelbazillen äußerst ähnlich sehen. Zwar wurden dieselben nur in einzelnen von vielen Dutzenden Präparaten gefunden.

Digitized by Google

Es sei aber darauf aufmerksam gemacht, daß auch die anderen Forscher, welche über einen entsprechenden Befund berichten, die Bazillen nur in einzelnen von Hunderten Präparaten nachweisen konnten. Bekanntlich fällt der Stäbchenbefund um so leichter aus, je jünger der Prozeß ist; mit der Zeit geht eine Antikörperbildung vor sich, welche auf die Bazillen zerstörend einwirkt. Dadurch wird wohl auch die Tatsache erklärt, daß es noch keinem gelungen ist, in den Veränderungen alter Dauer Bazillen nachzuweisen.

Bezüglich der Ätiologie des Boeckschen Sarkoids wollen wir also sagen, daß es uns wenig begründet erscheint, dieselbe als tuberkulös anzusprechen bloß auf das histologische Bild eines tuberkulösen Baues hin, wie es Boeck und Lewandowsky tun. Denn wie wir heutzutage wissen, ist der tuberkuloide Bau nicht nur dem tuberkulösen Granulom eigen, sondern auch der Lues, Lepra, Orientbeule, Pyodermitis, Blastomykose u. a. m. (um so mehr als einige Autoren, z. B. Michalik, Pöhlmann, überhaupt keine tuberkuloiden Veränderungen beim Boeckschen Sarkoid nachweisen konnten, sondern bloß eine Zellinfiltration histiogenen Ursprungs mit zahlreichen Mitosen).

Wenn aber das histologische Bild vom Typus einer Hauttuberkulose durch den Befund von Stäbchen, die morphologisch den Tuberkelbazillen entsprechen, ergänzt wird, so ist unserer Meinung nach ein gewisses Recht geboten, dem Boeckschen Sarkoid eine tuberkulöse Ätiologie zugrunde zu legen.

Darauf Bezug nehmend, glauben wir der Meinung Ausdruck geben zu dürfen, daß die Benennung „benignes Miliarlupoid", welche Boeck selbst dem Boeckschen Sarkoid später beilegte, diese Erkrankung weit richtiger bezeichnet[1]).

Literatur

1. Stillians, Derm. W., 1922, Bd. 75, H. 32. — 2. Takeya, Derm. W., 1922, Bd. 75, H. 36, S. 903. — 3. Schaumann, Derm. W., 1923, Bd. 77, H. 40. — 4. Stümpke, Derm. W., 1922, Bd. 75, H. 44, S. 1092. — 5. Lewandowsky, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135. — 6. Martenstein, Bd. 147, H. 1. — 7. Kyrle, Arch. f. Derm., 1920, Bd. 125 und 1921, Bd. 131. — 8. Ruete, Derm. Zschr., 1922, Bd. 37, H. 3. — 9. Pautrier, Ref. nach R. J. K. und W. Kr., 1921, Bd. 27.

[1]) Indem ich einerseits die beschriebenen histologischen Veränderungen der typischen Hauttuberkulose nicht völlig entsprechend finde, und andererseits die Stäbchenfärbung (violette Farbe) einigermaßen von der typischen und charakteristischen Färbung der Tuberkelbazillen für abweichend halte, um so mehr als Verf. durch seine Krankheit an dem bakteriologischen Nachweis des Bakterienbefundes (Ansetzen einer Kultur, Tierexperiment und biologische Reaktion) verhindert wurde, würde ich es für richtiger erachten, die Schlußfolgerungen etwas vorsichtiger zu fassen. W. Iwanoff.

Digitized by Google

Über die Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und Schleimhäute

Von

San.-Rat. Dr. Eschweiler in Düsseldorf

Seit vielen Jahren mit der Behandlung des Lupus vulgaris beschäftigt, mache ich immer wieder die Beobachtung, daß die Anwendung des konzentrierten und nichtkonzentrierten Kohlenbogenlichtes bei uns noch nicht die allgemeine Anwendung gefunden hat, die es verdient; immer noch sehe ich Fälle, die lange vergeblich mit Ätzsalben, Höhensonne, Quarzlampe und Röntgenstrahlen usw. behandelt worden sind, schließlich alles Vertrauen verloren und dann endlich zu der weitaus besseren Kohlenbogenlichtbehandlung kommen. — Die Behandlung mit jeglicher Ätzsalbe — auch Pyotropin — hat den großen Nachteil, daß stets damit mehr oder weniger starke Schmerzen verbunden sind, welche die Patienten naturgemäß bald veranlassen, die Behandlung aufzugeben — auch bei Zuhilfenahme anästhesierender Mittel —, daß die nur scheinbar gesunde Umgebung der lupösen Stelle unbehandelt bleibt, so daß es meist sehr rasch zu Rückfällen kommt und daß sich oft häßliche Narbenkeloide bilden. Die Patienten, im Krankenhause mit Pyrogallussalben usw. behandelt und „geheilt" entlassen, sehen meist 4—6 Wochen später die übelsten Rezidive. Von der Behandlung des Lupus vulgaris der Haut mit der Kromayerschen Quarzlampe habe ich noch niemals einen auch nur einigermaßen zufriedenstellenden Erfolg gesehen und sehr viele Patienten in meine Finsen- und Kohlenbogenlichtbehandlung bekommen, die anderweitig lange Jahre mit Quarzlicht behandelt und dann unmittelbar nach Abschluß der Quarzlichtbehandlung mit zahlreichsten Lupusknoten zu mir kamen. Die Quarzlichtbestrahlung macht nach meinen Erfahrungen eine heftige, recht schmerzhafte Entzündung an der belichteten Stelle, und nach deren Abklingen sieht man dann zur großen Enttäuschung keine oder nur sehr unwesentliche Besserung des Lupusherdes; sie reizt stark, aber heilt wenig. Zur Behandlung des Lupus vulgaris der Haut brauche ich daher die Quarzlampe überhaupt nicht mehr. Was die Anwendung der Röntgenstrahlen betrifft, so kann ich der aus der Gießener Klinik stammenden Warnung vor Anwendung harter Strahlen, besonders in kräftigen Dosen, nur unbedingt zustimmen. Die danach entstehende hochgradige Atrophie der gesamten Gesichtshaut, des Unterhautbindegewebes, der Muskulatur und sogar der Knochen, schafft derartig ungünstige Zustände und einen so abschreckenden und fürchterlichen Anblick des Gesichts, das am Rande von neu entstehenden Lupusknötchen eingerahmt wird, daß ich auch nur dringend davor warnen kann, tief penetrierende Röntgenstrahlen anzuwenden. Dahingegen glaube ich, daß man von unfiltrierten Röntgenstrahlen in vorsichtiger Dosis zur Abflachung von Granulationen und Besserung entzündlicher Reizzustände Vorteil haben kann; man ebnet dem nachher anzuwendenden Kohlenbogenlichte den Weg und kommt rascher vorwärts. Nur hüte man sich vor Schädigungen des Unterhautbindegewebes. Bei nicht zu großen, aber sehr derben und kompakten lupösen Infiltraten ist es mir wiederholt von Vorteil gewesen, nach vorherigem Unterspritzen 2%iger Novokainlösung den ganzen granulierenden Herd mit dem scharfen Löffel abzukratzen, um dann nach einigen Tagen mit der Finsenbehandlung darauf zu beginnen, weil man bei derartig dicken Herden mit ihr allein zu langsam vorwärts kommt. Von der Exzision sollte man stets Gebrauch machen bei Lupusherden besonders an den Extremitäten oder Rumpf, wenn man den Defekt gut decken kann und eine Kohlenbogenlichtbehandlung aus irgend einem Grunde nicht anwendbar ist oder nicht zum Ziele geführt hat. Bei der Exzision stellte sich dann zuweilen heraus, daß die lupöse Infiltration bis in die Muskulatur hinein vordrang.

Überhaupt sollte man sich von der Ansicht freimachen, daß der Lupus vulgaris nur eine Hautkrankheit sei: man rechne vielmehr stets damit, daß das Unterhautbindegewebe oft weithin miterkrankt ist.

Bei der Anwendung des Finsen-Reyn-Apparates, den ich nun seit 25 Jahren benutze, lasse ich die Druckgläser nicht mit der Hand aufdrücken, sondern durch

Digitized by Google

einen sehr leicht und bequem zu handhabenden Halter: die Kompression ist dabei eine viel gleichmäßigere, als sie mit der Hand je sein kann. Seine Konstruktion habe ich im Derm. Zbl., 9. Jahrg., Nr. 4, veröffentlicht und seither noch keine Änderung daran vorzunehmen brauchen. Vor dem Aufsetzen des Druckglases empfehle ich den Lupusherd mit 10—15%iger Kalilauge einige Male einzupinseln und dann darüber mit dem Rasiermesser hinwegzugehen: man wird erstaunt sein, wieviel von der Hornschicht noch heruntergeht, auch wenn man glaubt, sie durch vorherige Benzin- oder Ätherabreibungen genügend gereinigt zu haben. Handelt es sich um eine dickere hyperkeratotische Schicht, wie bei der Tub. verr. cut., so nehme man 20%ige Kalilauge. Natürlich wird die Haut nach dem Rasieren mit einer leichten Hg.-oxy.-Lösung abgewaschen und dann das Druckglas aufgesetzt.

Als positive Kohle benutze ich seit einiger Zeit gemäß PEEMÖLLERS Empfehlung eine Aluminiumdochtkohle, und ist die danach entstehende Lichtentzündung zweifellos stärker als bei Verwendung einer reinen A-Kohle. Ob aber der schließliche Heileffekt auch ein besserer ist, wage ich noch nicht zu sagen, sehr bedeutende Unterschiede treten jedenfalls vorläufig nicht zutage. Handelt es sich um Lupusherde auf dem oberen Augenlid, so kann man oft die mit 18 Ampere brennende Finsen-Reyn-Lampe nicht benutzen, weil die Patienten das Übermaß des Lichtes im Auge nicht vertragen: durch eine einfache Umschaltung am Widerstand lasse ich alsdann die Lampe nur mit 5—6 Ampere brennen und komme damit auch zum Ziele.

Kleine Lupusherde bei Kindern und jungen Mädchen pflegen je nach Größe meist schon nach wenigen Sitzungen verschwunden zu sein. Natürlich kann man bei kleinen Kindern von 4—5 Jahren nicht erwarten, daß dieselben 1 Stunde ruhig liegen bleiben; es ist das auch gar nicht notwendig, und führen hierbei schon viel kürzere Bestrahlungen zu glatter Heilung, wie ich im allgemeinen überhaupt Bestrahlungen von $^1/_2$—$^3/_4$stündiger Dauer für ausreichend erachte.

Handelt es sich um Lupus vulgaris des halben oder ganzen Gesichts oder überhaupt um größere Flächen oder multiple Stellen, so kommt man nach meiner Erfahrung mit der Finsenbehandlung allein nicht zum Ziele, und gebe ich in solchen Fällen nach dem Kopenhagener Vorbild seit 2 Jahren Kohlenbogenlichtbestrahlungen, allerdings etwas anders als in Kopenhagen. Während dort die Kohlen senkrecht übereinander stehen, habe ich denselben eine andere Stellung gegeben: die dünne negative Kohle steht vor der in einem spitzen Winkel zu ihr stehenden positiven Kohle und dabei etwa 1—$1^1/_2$ cm höher. Es bildet sich alsdann an der positiven Kohle eine schräge Fläche aus, welche alles Licht ungefähr in einem rechten Winkel direkt nach vorn wirft, so daß der stehende Patient die ganze Lichtmenge aus 20 bis 25 cm Entfernung auf den Lupusherd appliziert erhält. Im ganzen lasse ich drei im Dreieck hängende Lampen mit 18 Ampere und 55 Volt brennen in Hintereinanderschaltung. Dabei steht oder sitzt der Patient in der Mitte des Lichtdreiecks mit dem Gesicht bzw. Lupusherde auf 20—25 cm direkt vor dem frei brennenden Kohlenbogenlichte. Eine derartige Anordnung der Kohlen erschien mir eine bessere Ausnutzung des Lichtes zu geben, als wenn sie senkrecht übereinander stehen. In diesem Falle erhält man natürlich auf dem Boden einen Lichtkreis, von dem der in einigem seitlichem Abstande liegende oder stehende Patient nur soviel mitbekommt, als seiner Körperoberfläche entspricht. Eine so direkte unmittelbare Applikation in einer so kurzen Entfernung — 20—25 cm — wie bei meiner Anordnung der Kohlen ist nicht möglich, weil man den Patienten nicht der Gefahr aussetzen kann, von glühenden abfallenden Kohlenstückchen getroffen zu werden. Bei meiner Anordnung läßt sich dieser Übelstand sehr leicht dadurch vermeiden, daß man um die Füße des Patienten einen Holzrahmen legt, der $70 \times 40 \times 18$ cm groß und mit einem Tuch ausgelegt ist. Herabfallende Kohlenstückchen fallen dann neben diesen Rahmen und stiften keinen Schaden. Die Wirkung auf die lupösen Flächen ist eine überaus günstige. Hat man $^1/_2$ Stunde bestrahlt, so setzt natürlich eine kräftige Lichtentzündung ein, nach deren Ablauf man aber eine ganz wesentliche Besserung feststellen kann, so daß selbst große, fast das ganze Gesicht einnehmende Lupuserkrankungen nach kurzer Zeit soweit gebessert sind, daß die Patienten sich wieder in der menschlichen Gesellschaft bewegen können.

Daß vor einer derartigen Lichtbestrahlung das Gesicht bzw. die Lupusherde wieder mit 10%iger Kalilauge eingepinselt, rasiert und sorgfältigst gereinigt und von allen Schuppen usw. befreit sein müssen, ist selbstverständlich. Das Ganze ist nun zwar eine etwas zeitraubende Prozedur, die sich aber durch den guten Erfolg reich bezahlt macht. Die von mir auf der Naturforscherversammlung in Düsseldorf, Der-

Digitized by Google

matologische Sektion, am 23. IX. 26 vorgestellten Fälle fanden, soweit ich feststellen konnte, den ungeteilten Beifall der Kollegen.

Lupuserkrankungen der Nasenschleimhaut lassen sich in ausgezeichneter Weise heilen, wenn man den Brennfleck der nach Umschaltung (s. oben) mit 5—6 Ampere brennenden Finsen-Reynlampe auf einen Quarzstab fallen läßt, den man in die Nase eingeführt und auf den Lupusherd gerichtet hat; man erreicht mit einer derartigen Kohlenbogenlichtbestrahlung weit bessere Erfolge, als wenn man, wie ich in der Derm. W., 1923, Nr. 2, beschrieben habe, Quarzlicht durch den Glasstab hindurch wirft. Man erreicht so auf eine gänzlich schmerzlose und bequeme Weise eine Heilung des endonasalen Lupus. Daß die Nase vorher am besten durch kurzes Einlegen feuchter Gazestreifen sorgfältig gereinigt und von Krusten usw. befreit sein muß, ist selbstverständlich. Bewirkt man auf die beschriebene Weise die Behandlung des Lupus vulgaris, so erreicht man Erfolge, wie sie mit anderen Methoden nicht annähernd erreicht werden können, und es würde mit Sicherheit die ganze furchtbare Lupuserkrankung bei uns zum Verschwinden gebracht werden können, wenn, ja wenn einmal die Patienten oft nicht eine so unglaubliche Indolenz besitzen würden und wenn die Kollegen anstatt mit unnützer Salbenbehandlung usw. die Zeit zu versäumen, jeden Lupusfall und jeden auf Lupus verdächtigen Fall in eine richtige Finsen- und Kohlenbogenlichtbehandlung geben würden.

Aus dem bakteriologischen Institut (Direktor: Prof. G. S. Kulesch) und der Abteilung für Trichophytiekranke (Dr. W. Bronstein) in Sebastopol

Die Epilation der Haare von Pilzkranken nach der Methode von Buschke-Langer[1])

Von

Dr. W. Bronstein

Die unaufhörlichen Erkrankungen an Mikrosporie, Trichophytie und Favus verlangen energische und gleichzeitig einfache Methoden der Heilung. Die prophylaktischen Maßnahmen bei den jetzigen Lebensbedingungen und Gewohnheiten der Familie sind noch weit von der Vervollkommnung entfernt (20—25 neue Erkrankungen monatlich in Sebastopol). Die Versuche der medikamentösen Behandlung der Pilzkrankheiten (Methode Sobolieff mit Jodquecksilber, Buschke mit Pyrogallussalbe usw.) ohne Epilation der Haare erreichen nicht ihr Ziel. Die Epilation der Haare mittels Pinzette ist nur möglich bei kleinen und scharf umschriebenen Herden; in allen anderen Fällen wird die Epilation mit Röntgenstrahlen ausgeführt. Jedoch hat diese letzte Methode eine Reihe von Mängeln: 1. das oftmals unvollständige Gelingen der Dosierung; infolgedessen bekommt man entweder eine ungenügende Epilation (bei uns bis 40%), oder eine, wenn auch selten, teilweise oder dauernde Alopezie; außerdem bleiben fast immer Reste von Haaren auf der Stirn, den Schläfen und am Hinterhaupt zurück, welche man nur schwerlich mit der Pinzette epiliert; 2. die Unmöglichkeit oder auf jeden Fall die Gefahr der Röntgenbestrahlung bei Kindern bis $3^1/_2$ Jahren und 3. die ungenügende Anzahl von Röntgenapparaten gegenüber den vielen Erkrankungsfällen und ihre kleine Anwendungsmöglichkeit. Alles Obenerwähnte zwingt uns dazu, große Aufmerksamkeit der Epilationsmethode des Kopfes nach Buschke-Langer mit Thallium aceticum zu schenken.

Frühere Versuche von Buschke an Kaninchen und von Giovanini an weißen Mäusen haben gezeigt, daß schon bei den kleinsten Dosen Thallium, per os gegeben, ein Haarausfall eingetreten ist, dagegen nicht bei der äußerlichen Anwendung von Thallium. Bettmann beobachtete einen Haarausfall bei Kaninchen in der Mittellinie des Kopfes und des Rückens, seltener an den Extremitäten; diese Lokalisation konnte er keinesfalls

[1]) Vorgetragen am 20. Juli 1926 in der wissenschaftlichen Gesellschaft in Sebastopol.

Digitized by Google

mit der Hautreizung in Einklang bringen. Weitere Versuche wurden von Buschke und Peiser an Ratten angestellt. Diese Versuche, welche von Lutati, Pöhlmann, Spitzer und uns nachgeprüft wurden, haben nun ergeben, daß bei Fütterung der Tiere mit Thallium ein Ausfall der Haare am ganzen Körper mit Ausnahme der Sinneshaare eintritt. Wir haben die Wirkung des Thalliums bei weißen Ratten ausprobiert, die wir täglich während eines Monats mit Thallium gefüttert haben. Weder im Allgemeinbefinden noch im Wachstum haben sich die im Versuch befindlichen von den Kontrolltieren bei uns unterschieden. Kahlheit ist mit 10—14 Tagen eingetreten, welche mit Ausnahme der Hinterbeine und des Bauches, wo die Haare nur stellenweise ausfielen, vollständig war. Die Sinneshaare blieben stehen. Nach Aufhören der Fütterung der Ratten mit Thallium beginnen die Haare am 9.—15. Tage neu zu wachsen. Die Tiere (Ratten, Kaninchen) sind bei ziemlich hohen Dosierungen nicht zugrunde gegangen; man beobachtete nur Schlappheit.

Das Zurückbleiben der Sinneshaare ist eine wichtige Tatsache zur Erklärung der Thalliumwirkung. Buschke und Peiser erklären diese Erscheinung als Wirkung des Thalliums auf den Sympathikus, da bei den Ratten nur die Haare ausfallen, die von diesem Nerv beeinflußt werden, dagegen nicht die Sinneshaare, die vom Fazialis und Trigeminus innerviert werden. Bei Kindern fallen auch manchmal die äußeren Haare der Augenbrauen (bei uns ein Fall) aus, die von einem Zweig des Sympathikus innerviert sind, während die der medialen Partie stehen bleiben, die vom Trigeminus innerviert wird; eine Tatsache, welche die Richtigkeit der Annahme bestätigt.

Zur Erklärung der Thalliumwirkung ist der Versuch interessant, welcher von Buschke und Langer ausgeführt wurde. Haben wir es bei der Röntgenbestrahlung mit einer unmittelbaren Schädigung der Haarwurzel zu tun, indem wir das Wachstum der Haare hemmen, so handelt es sich bei der Thalliumwirkung um eine Beeinflussung des Haarwachstums auf dem Wege über den Sympathikus, ohne direkte Schädigung der Haarzwiebel. Es wurde nun versucht, eine halbe Epilationsdosis der Röntgenstrahlen mit einer halben Epilationsdosis des Thalliums zu kombinieren. Jede einzelne Dosis kann die Epilation nicht herbeiführen, dagegen tritt sie ein bei gleichzeitiger Darreichung von beiden Dosen. Diese Methode ist insofern von Bedeutung, da wir es dabei mit zwei unschädlichen Dosierungen zu tun haben, die aber kombiniert den gewünschten Effekt erzielen.

Bei einer längeren Fütterung der Ratten mit Thallium tritt eine Schädigung des endokrinen Apparates ein. Max Joseph bestätigt die Annahme Buschkes vom Angriffspunkt der Thalliumwirkung und weist auf dieselbe Wirkung bei Tieren bei der inneren Darreichung von Tamarinde (Jamaika). Die selektive Wirkung von kleinen Dosen Thallium auf einen bestimmten Nerv ist nicht einzig dastehend, da wir auch andere Stoffe (Adrenalin, Nikotin, Kurare) kennen, die selektiv wirken (Langley).

Das Thallium wirkt toxisch auf den Sympathikus, verhindert die Nahrungsaufnahme der Haare und verursacht dadurch den Haarausfall. Das Thallium wurde zuerst in der Praxis ohne Erfolg von Sabouraud angewandt. Das große Verdienst von Buschke und Langer beruht ja darauf, daß sie nach vielen angestellten Versuchen und klinischen Beobachtungen die nötige Dosierung festgestellt haben, bei deren Anwendung keine Nebenerscheinungen beobachtet werden. Diese Methode ist bis jetzt von Peter, Cicero und Urueña (Mexiko), Fiocco und Felugo (Italien), Buschke, Langer und Schayer in Berlin bei Kindern von 1—14 Jahren angewandt worden: zusammen bei etwa 700 Fällen. Buschke und Langer wenden mit Erfolg das Präparat der Firma Kahlbaum, das jetzt als Thalliumdepilaborium erhältlich ist, an. Sie geben 0,008 g Thallium acetic. pro Kilogramm Körpergewicht des Kindes per os, in einem halben Glase Zuckerwasser genommen. Die ganze Dose wird auf einmal eingenommen, und man braucht die Gabe nicht zu wiederholen.

Wir haben das Thallium in 34 Fällen bei Kindern im Alter von 2—13 Jahren angewendet[1]). Alle Kinder haben nur ein einziges Mal eine Thalliumdose von 0,008 g für jedes Kilogramm des Körpergewichts eingenommen. Unter diesen Kindern befanden sich 8 solche, die schon zwei- oder sogar dreimal und immer erfolglos Röntgenepilation durchgemacht hatten. Nach dem Gebrauch des Thalliums haben wir einen vollständigen Ausfall des Kopfhaares bekommen; später wuchsen die Haare wieder gut nach. Am 8. Tage merkt man schon das teilweise Ausfallen der Haare, und am 12.—14. Tage tritt

[1]) Wir haben das Kahlbaum-Präparat gebraucht, das uns liebenswürdigerweise von Herrn Oberarzt Langer besorgt worden war.

Digitized by Google

eine völlige und schmerzlose Epilation ein. Der Rand des Kopfhaares an der Stirn, Schläfen und am Nacken bleibt nicht stehen, obgleich die Haare dort 1—2 Tage später ausfallen.

Weder im Rudolf-Virchow-Krankenhause, wo wir zum ersten Male mit der beschriebenen Heilmethode bekannt wurden, noch bei uns in Sebastopol haben wir Nebenerscheinungen beobachtet. Bei der Untersuchung des Kinderharnes wurden keine Albuminurien entdeckt. Die Kinder hatten im Gewicht zugenommen; keine erhöhte Temperatur, keine Verschlechterung des Allgemeinbefindens waren zu bemerken. Jedoch müssen wir notieren, daß einige Kinder über kurzdauernde Schmerzen in den Gelenken geklagt haben.

Auf Grund unserer Versuche an den Tieren sowie auch unserer klinischen Beobachtungen und Erfahrungen kommen wir zu dem Schluß, daß die Methode von Buschke und Langer bei genauer Dosierung und beim Gebrauch des Kahlbaum-Präparates als zuverlässige und leicht zu handhabende Epilationsmethode bei Kindern anzusehen ist.

Zusammenfassung

1. Thallium kann bei Kindern zur Epilation gebraucht werden.
2. Die Methode hat den Vorzug vor der Röntgenepilation, daß sie viel leichter, billiger und ohne besondere Apparatur von jedem Arzt leicht angewandt werden kann.
3. Die Resultate sind bessere als bei der Anwendung der Röntgenstrahlen.
4. Die Methode kann auch bei kleinen Kindern Anwendung finden.

So halten wir die Anwendung des Thalliums im weiten Maßstabe als Kampfmittel gegen die Haarpilzerkrankungen, besonders bei uns in U. S. S. R., für angezeigt.

Literatur

Buschke, Langer u. Schayer, M. m. W., 14. V. 1926, Nr. 20. — Max Joseph, Lehrbuch der Haarkrankheiten. — Langley, Autonom. Nervensystem.

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 20. Oktober 1926

Vorsitzende: Riehl, Oppenheim Schriftführer: Fuhs

Leiner: **Psoriasis bei einem 4jähr. Kinde.** Beginn vor 8 Wochen mit dichtstehenden harten, gelblichroten Knötchen mit trockenen, leicht abhebbaren Schuppen, darunter der blutende Knötchengrund. Größere Schuppenmassen an den Streckseiten, Handflächen und Fußsohlen hyperkeratotisch, von Rhagaden durchzogen. Leichtere Verdickungen mit Schuppen an Handrücken und Fingern. Nägel normal. Weiter wurden die Knötchen immer dichter, nunmehr Differenzierung nicht mehr möglich, so daß Nacken, Rücken und Brust wie ein Hornpanzer. Beweglichkeit der Extremitäten leicht eingeschränkt, Haut in toto gerötet, zeigt das Bild einer exfoliativen Erythrodermie. An Kopf und Gesicht mattgraue Schuppen, mimische Bewegungen eingeschränkt, die Augenlider können nicht geschlossen, der Mund nur wenig geöffnet werden. Ohren und äußerer Gehörgang mit dicken Schuppen bedeckt. Geringe Drüsenschwellung in inguine. Blutbild normal. Leichtes Frostgefühl. Temperatur subfebril. Kein Jucken.

Oppenheim berichtet über Zunahme der Psoriasis bei Kleinkindern und alten Personen.

Spitzer, E.: **Dermatitis papulo-vesiculosa durch milbige Dörrpflaumen.** Bei Patientin an den bei der Arbeit unbekleidet getragenen Partien, so Gesicht und Handrücken, eine papulo-vesikulöse, an den Armen eine dem Lichen urticatus ähnliche, stark juckende, akute Erkrankung. Die Pflaumen hellgelblich, staubig, in diesem Belage schon mit freiem Auge grauweißliche, stecknadelspitzgroße, bewegliche Lebewesen bemerkbar, mikroskopisch Milben in verschiedenen Entwicklungsstadien und Eier.

Digitized by Google

Oppenheim hat mit Taglicht Milbenerkrankung bei Dattelpackerinnen beschrieben, wo, wie Toldt jun. feststellt, Carpoglyphus passilarum die Ursache war. Künstliche Erzeugung durch Übertragung der Milben auf die Haut gelang nicht. Er beobachtete 40 Fälle von blasigen, oft streifenförmigen Dermatitiden bei Leuten, die nach dem Baden lange Zeit im Grase gelegen hatten, von ihm als Ottakringer Beiß bezeichnet. Im Schlerngebiet hat Toldt Leptus autumnalis als Ursache des dort auftretenden Herbstausschlages festgestellt.

Riehl bemerkt, daß Dermanyssus avium von freilebenden Vögeln (Fasanen, Wildhühnern usw.) und von Hausgeflügel sowie Zimmervögeln übertragen werden kann.

Sachs: **Lues lupoides der Nase.** Die am 10. VI. 1926 demonstrierte, mit Bismogenol und Neosalvarsan behandelte Erkrankung ist ausgeheilt.

Sachs: **Ecchondrosen beider Ohrmuscheln durch Boxen.**

Nobl: **Neurofibromatosis (Recklinghausen).** Kombination dichter Aussaaten seniler Keratome mit Hämangiomen und ausgesprochenen Teilerscheinungen einer Neurinomatosis (Recklinghausen). Der Neurofibromatosis gehören flache und gestielte Fibrome, bis fingerkuppengroße Hautsäckchen, Pigmentflecke und zahlreiche, unregelmäßig begrenzte Vitiligoherde an.

Nobl: **Atheromatosis.** 60jähr. Kranker, dessen mit Hämangiomen gepaarter Hautprozeß den Eindruck der Recklinghausenschen Fehlbildung macht. Bei näherer Betrachtung und histologischer Untersuchung sind es Atherome.

Nobl: **Kongenitale idiopathische Hautatrophie.** 60jähr. Frau. Die Geschwister sollen die gleiche Störung an Armen und Beinen darbieten. Im Bereiche der Unterschenkel, Handrücken und Vorderarme im extremen Verdünnungszustande typische Acrodermatitis atrophicans. Der Fall ist geeignet, Oppenheims Vermutung zu bestärken, daß diese Schwundzustände in angeborener Elastin- und Kollagenminderwertigkeit ihre Voraussetzung haben.

Oppenheim zählt diese Fälle zu den Genodermatosen (Bettmann), so zwar, daß eine angeborene Widerstandsschwäche des elastischen Gewebes besteht, das dann durch mannigfache Ursachen zum Schwinden gebracht wird (bakterielle Momente [Ehrmann], endokrine Störungen [Singer], Bence-Jonesscher Eiweißkörper [Jadassohn] usw.). Auch die Lage des Kindes bei geringer Fruchtwassermenge und kleinem Uteruskavum spielt eine Rolle, denn die elastischen Fasern werden noch am ehesten durch abnormen Druck und Zug in der Struktur beeinflußt.

Kerl: **Fall zur Diagnose.** 54jähr. Patient, 1902, 1912, 1913 schwerer Gelenkrheumatismus. 1914 Purpura rheumatica mit Herzbeutelentzündung. 1924 Beginn des Hautleidens am Stamm. 1925 Ausbreitung über die Extremitäten und, über Nacht, nach heftigem Erbrechen über Stirn und behaarter Kopfhaut. Exanthem derzeit fast über den ganzen Körper ausgebreitet. An der Vorderseite des Stammes, an den oberen Extremitäten reichliche stecknadelkopfgroße, meist plane, ziemlich derbe, glänzende Knötchen, stellenweise in Beziehung zum Follikel, bisweilen in Reihen und Gruppen. Besonders an den Unterarmen erinnern die Knötchen an Lichen planus, zumal einige polygonal. Am Rücken ausgedehnte Hautpartien gleichmäßig verändert, am Rande aber Einzeleffloreszenzen. An den unteren Extremitäten sind die Knötchen lividrot, auf Fingerdruck leicht bräunlich. Im Gesicht zeigt die Stirn die stärksten Veränderungen, Kapillitium gleichmäßig düsterrot, leicht verdickt. Das Gewebsbild entspricht durchaus nicht dem Lichen planus.

Kren hat zwei identische Fälle vorgestellt und konnte bis jetzt zu keiner sicheren Diagnose kommen.

Kerl: **Lichen ruber acuminatus.** Mundschleimhaut mitbeteiligt. (Wird ausführlich veröffentlicht.)

Rusch: **Lichen corneus.** Lokalisiert am Unterschenkel, korymbiforme Anordnung, von zahlreichen lachsroten, flachelevierten, knotigen Infiltraten umgeben, die von lamellösen, hyperkeratotischen Schuppen bedeckt sind. Anderwärts spontan involvierende Knötchen mit Hinterlassung atrophischer Narben.

Rusch: **Lichen verrucosus der Mundschleimhaut.** Pat., in der Sitzung vom 10. VI. 1925 von Steiner vorgestellt, hat unterdessen etwa 2000 asiatische Pillen genommen; das dunkelpigmentierte, derbe, unregelmäßige, warzenartige Infiltrat ist derzeit abgeflacht; es bietet das gewöhnliche Aussehen des Lichen der Mundschleimhaut.

Rusch: **Lupus erythematosus.** Junges Mädchen. Subakuter Beginn unter dem Bilde eines Erythema multiforme, perioral, im Lippenrot, an der Rückenfläche der Hände und hinter den Ohren. Die anfänglich sich involvierenden Herde rezidivieren immer

Digitized by Google

wieder, und mit jedem neuen Schube treten die morphologischen Charaktere des Erythematosus immer deutlicher zutage. Nur an den Händen persistiert das Bild eines einfachen Erythems mit lividem Zentrum und lebhaft rotem Randsaum, doch zeigt das histologische Präparat auch hier bereits Hyperkeratose mit zahlreichen, trichterförmig in das Rete sich einsenkenden Fortsätzen. Tuberkulöse Stigmata.

Scherber: **Schwere Verbrennung mit Bluttransfusion geheilt.** 15jähr. Mädchen. Im Dezember 1925 mit drittgradiger Verbrennung des Rückens mit zusammenhängendem, fingerdickem, schwarzem Schorf eingeliefert. Auch am rechten Oberarm, an beiden Oberschenkeln breite Streifen drittgradiger Verbrennung. Es bestand schwerster Chok, häufiges Erbrechen. Ein Tag nach Einlieferung Bluttransfusion von 600 ccm Blut der Mutter. Wirkung auffallend belebend, Erbrechen sistiert. Sch. hat den Eindruck, daß Pat. ohne Bluttransfusion nicht gerettet worden wäre.

Scherber: **Lues gummosa.** 51jähr. Frau mit subkutanem Gumma am sternalen Ende der linken Klavikel und gummösen, strangförmigen, subkutanen Infiltraten, die vielleicht mit Phlebitis migrans kombiniert sind. WR +.

Scherber: **Lichen planus der Palmae.** Gleichzeitig typische Effloreszenzen in der äußeren Knöchelgegend des rechten Fußes.

Scherber: **Systematisierter Naevus.** 25jähr. Mann. Am Rumpf vorwiegend Naevus pigmentosus mit stellenweisen Epithelwucherungen, an der Innenfläche des rechten Beines überwiegt nach abwärts die verruköse Epithelwucherung, die sich in Form eines 5 cm breiten Streifens bis zum inneren Fußrand erstreckt.

Pranter: **Atheromatosis scroti.**

Neugebauer: **Verätzung durch konzentrierte Kaliumpermanganatlösung.** 24jähr. Friseur, der am Tische schlafend ein Gefäß mit konzentriert gelöstem Kalium permanganicum umstieß und sich so den Arm handtellergroß verätzte. Typischer Schorf.

Urbach: **Gelungene Desensibilisierung gegen Natrium cacodylicum auf perkutanem Wege.** Eingangs erwähnt der Vortragende, daß er in den letzten 3 Jahren 6 Fälle von erworbener Überempfindlichkeit durch subkutane As-Injektion gesehen hat. Die vorgestellte Pat. zeigte nach der 16. Einspritzung von 0,05 N. c. an der Außenseite des rechten Oberarmes eine handtellergroße Rötung und Schwellung bei gleichzeitig heftigem lokalem Juckreiz. Dasselbe Bild nach der 17. Injektion am linken Oberarm. Nach Feststellung, daß Pat. 0,001 g Natrium arsenicosum und 1 ccm Solarson subkutan ohne Hauterscheinungen vertrug, wurde der Kranken neuerlich 0,05 N. c. anderer Provenienz subkutan gegeben. Darauf generalisiertes, zum Teil urtikarielles Exanthem am Stamm und unteren Extremitäten bei heftigem Juckreiz und erhöhter Temperatur. Dasselbe klinische Bild konnte durch perkutane Auflage eines mit 0,1 g N. c. getränkten Läppchens, sowie durch orale Einnahme von 0,05 g N. c. hervorgerufen werden, wobei deutliche Mitreaktion früher sensibilisierter Stellen. Versuch einer Desensibilisierung auf intrakutanem Wege mit $^1/_{100000}$ g N. c. mißlingt, da lokal Juckreiz und Rötung sowie Mitreaktion früher sensibilisierter Hautpartien auftritt. Daher vorsichtige perkutane Desensibilisierung, die heute bereits soweit gelungen ist, daß Pat. 0,001 g N. c. völlig reaktionslos verträgt, während einen Monat früher die halbe Dosis neben lokalem heftigem Juckreiz und Rötung auch eine Mitreaktion verursachte.

Oppenheim: Beim Desensibilisieren mittels Injektionen mit Arsenik muß man mit größter Vorsicht vorgehen, denn in Analogie mit der Salvarsandermatitis weiß man nie, wann die Blockierung des retikuloendothelialen Apparates eintritt. Da genügt oft die kleinste Dosis, um schwerste Hauterscheinungen zu erzeugen, die lange bestehen bleiben und auch Gefahren in sich bergen können.

Urbach: **Multiple Tierfellnaevi.** Bei der 38jähr. Kranken die rechte Schläfe, das Kapillitium, das rechte Ohr und die angrenzende Halspartie dunkelbraun, an manchen Stellen blauschwarz, hinter dem Ohr papillomatöse Exkreszenzen. Das Ohr mächtig vergrößert, am Anthelix tiefsitzende Komedonen. Im Bereiche der Hinterhauptschuppe ein herabhängender Hautlappen. Ein hellbrauner, behaarter, handtellergroßer Naevus über dem Steißbein und linken Schienbein; die Brust-, Bauch- und Rückenhaut sowie die Extremitäten von zahllosen behaarten, linsen- bis bohnengroßen, kaffee- bis dunkelbraunen Naevis übersät. Weiter bestehen seit 2 Jahren Pigmentverschiebungen von Art einer Vitiligo. Daneben seit Jahren Colitis ulcerosa.

Urbach: **Lappenbildung und syphilisähnliches Exanthem bei Morbus Recklinghausen.** Der 33jähr. Pat. zeigt an Rumpf und Extremitäten blaugraue Flecke von Linsengröße. Am Kapillitium braune, tief herabhängende Wülste, die, zum Teil vor

Digitized by Google

Jahren chirurgisch entfernt, wieder nachwachsen. Der Hinterhauptsknochen weist Verdickungen und Vertiefungen, an einer Stelle sogar ein tiefes Loch auf. Pat. ist Linkshänder und hochgradig kurzsichtig (zirkumskripte Chorioidealatrophie und eine zentrale Chorioiditis).

Königstein: **Hämatoporphyrin im Harn bei Akne varioliformis.** Das Krankheitsbild rezidiviert seit 10 Jahren bei erster intensiver Sonnenbestrahlung. Im Harn Hämatoporphyrinmengen größer als normal.

Königstein: **Senile Hyperkeratosen, Morbus Bowen und Plattenkarzinom nebeneinander.** 89jähr. Frau, bei der vor 25 Jahren ein Tumor der Mamma radikal operiert wurde. An Nase, Wangen und Stirn bis kirschkerngroße, braunschwarze und gelbe hornige Plaques, von unregelmäßigem rotem Hof umgeben. Auf der Stirn links zweikronenstückgroßer beetartiger Tumor, Oberfläche glatt, schinkenrot. Histologisch teils das Bild der senilen Hyperkeratose, teils Akanthose, Hyper- und Parakeratose, Unordnung im Epithel, Verklumpung der Zellen, Vakuolenbildung, Hyalintropfen. Der Tumor erweist sich als Plattenepitheliom. In allen Präparaten kolloide Degeneration des Stützgewebes.

Planner: **Papulo-krustöses und framboësiformes, salvarsanrefraktäres Syphilid.**

Volk: **Multiple Keloide.** 3jähr. Kind. Beginn bald nach Geburt, chirurgische Eingriffe brachten keine Heilung. Über dem linken Mittelfinger ein bleistiftdicker, derber, nicht abhebbarer Wulst. Knochenskelett intakt. Subjektiv keine Beschwerden, Pirquet, WR negativ. Histologisch die Diagnose verifiziert.

Volk: **Progrediente, rezidivierende Dermatofibrome.** 17jähr. Patientin. Beginn im ersten Lebensjahr am linken Oberarm, später an der Brust. Mehrmalige Exstirpation. Da sich fortwährend Rezidive zeigten, wurde Pat. mit 14 Jahren (ohne Erfolg zweimal) mit Röntgen bestrahlt. Die Außenseite des linken Oberarmes, sowie fast die gesamte Brust bis zu einer Linie, die beide Mamillae verbindet, ausgedehnt narbig, stellenweise Teleangiektasien und bis haselnußgroße, derbe, verschiebliche, nicht schmerzende rosarote, glatte und glänzende Knoten. Beiderseits in der Mamma am Rande der Narbe kleinapfelgroße rote, grobhöckerige Tumoren. Histologisch ein sehr zellreiches, fibröses Gewebe, das nirgends die Tendenz hat, in das normale Gewebe einzubrechen, sondern es nur verdrängt, so daß es vielfach von demselben eingescheidet ist. Es wäre nicht ausgeschlossen, daß die Wucherung von den Lymphgefäßen ihren Ausgang nimmt.

Perutz: **Granuloma annulare.** 24jähr. Patientin. Seit 4 Monaten typische Erscheinungen am rechten Zeige- und Mittelfinger. Tuberkulinreaktion an der Brusthaut positiv, an den Effloreszenzen negativ.

Oppenheim: **Psoriasis vulgaris bei drei Geschwistern.** Das Mädchen 7, die Knaben 12 und 15 Jahre alt, erkranken plötzlich gleichzeitig an Psoriasis vulgaris acuta. Das Mädchen, am stärksten befallen, zeigt punkt- und tropfenförmige Dissemination über dem ganzen Stamm. Es ist die erste Attacke. Die Knaben, mit chronischer Psoriasis an Ellenbogen und Knie, zeigen zerstreute Effloreszenzen, besonders an oberen Extremitäten und Rücken. Alle drei zeigen streifenförmige Effloreszenzen an gekreuzten Stellen. Die Eltern haben keine Psoriasis. Nach Heiner gehört die Psoriasis zu den Krankheiten mit unregelmäßig dominanter Vererbung, die Eltern sind hier offenbar nur Konduktoren.

Oppenheim: **Folliculitis sclerotisans des Hinterhauptes oder skrofulöse Erkrankung.** 12jähr. Mädchen. Beginn vor 2 Jahren mit Abszessen. Bis 3 Querfinger oberhalb der Nackengrenze links und rechts bis an die Ohren, nach oben bis zum Scheitel reichend unregelmäßig begrenzte, flächenhafte, zum Teil streifenförmige Narben, vollständig haarlos und von gelblich gefärbten, aufgeworfenen Randzonen umgeben. Diese umschließen unregelmäßig und halbmondförmig begrenzte Inseln mit dichtem Haarwuchs, die nach unten durch einen über das Hinterhaupt laufenden 1 cm breiten, queren Wulst abgegrenzt werden, der von einem Ohr zum andern zieht und fast überall noch Haare trägt. Unter diesem Wulst zeigen sich bläulichrote Fistelöffnungen, die tief unter die Galea reichen und aus denen sich auf Druck reichlich weißlicher Eiter entleert. Am Hals links und am Nacken unter dem Ohre eine Narbe mit Hautbrücke wie nach einem Skrofuloderma. Am ehesten wäre mit Rücksicht auf die ziemlich starren Narben und die Anordnung der Haare zu größeren Inseln an eine Folliculitis sclerotisans zu denken, doch fehlen hierbei die Büschel- und Pinselhaare.

Nobl: Der Büschelstand der Haare in versenkten, wulstig verdickten Hautkratern ist auf Massenzunahme, Fältelung und wulstförmige Auftürmung der bindegewebig ge-

Digitized by Google

wucherten Kopfhaut zu beziehen. Einschmelzungsvorgänge, d. h. Abszesse, gehören nicht zu den Attributen des Leidens.

Oppenheim: Gegen Folliculitis sclerotisans spricht, daß der Nacken frei und nur das Hinterhaupt befallen ist, sowie die verhältnismäßig rasche Entwicklung in zwei Jahren und das Fehlen von Pinselhaaren.

Oppenheim: **Heilwirkung des Spirozid auf tertiäre Lues.**

Stein: **Lichen planus oris.** 32jähr. Patientin mit ausschließlicher Lokalisation der Erkrankung auf Schleimhaut der Wange, Unterlippe und Zunge.

Stein: **Morbus Recklinghausen.** 54jähr. Mann und 9jähr. Tochter. Beim Vater überwiegen tumorartige Neurofibrome, bei der Tochter die Pigmentationen.

Fuhs: **Scleroderma circumscriptum.** 38jähr. Frau mit band- und fleckförmigen Herden an der Vorderseite des rechten Ober- und Unterschenkels. Die Haut im Zentrum der Herde verdickt und derb, bräunlichgelb und von mattglänzender Oberfläche, peripher ein lividroter Saum (lilac ring). An einer Stelle der linken unteren Lendengegend atrophische Veränderung. Untersuchung auf Störung endokriner Drüsen ergab nur vermehrten Abbau von Hypophyse und Thyreoidea. Grundumsatzbestimmung (Libesny) normal.

Fuhs: **Kongenitale Dyskeratose mit Kornealveränderungen.** 47jähr. Mann, dessen Mutter und 5 von 7 Geschwistern die gleiche Affektion zeigen. Neben leichten ichthyotischen Veränderungen an den Streckseiten der Extremitäten, Ohren und seitlichen Gesichtspartien, sowie geringgradiger Trichostasis spinulosa in der Sternalgegend, streifenförmige und warzenartige, graubraune schwielige Verdickungen an den Beugeseiten der Hände und Finger. Die Fußsohlen weisen diffusere, zerklüftete Hornauflagerungen auf. Ferner mäßige Onychogryphosis der rechten kleinen Zehe und Hyperidrosis an Palmae und Plantae. Auffallend eine annähernd symmetrische, fleckige Trübung beider Korneae in Form weißer asbestartiger Plaques von rauher Oberfläche. Histologisch: Hornhautepithelverdickung auf das 2—4fache; ungewöhnlich hohe schlanke Zylinderzellen, darauffolgend mehrere Schichten, dem Str. spinosum der Haut gleichend, nur mit außerordentlich undeutlichen Zellgrenzen. Weiter nach aufwärts immer flachere, jedoch bis zur oberflächlichsten Schicht kernhaltige Zellen. An Stellen mit deutlichen Zellgrenzen 8—12 Zellschichten erkennbar. Schwache Verhornung der obersten Schichten. Perinukleäre Vakuolenbildung von den Basalzellen nach oben abnehmend, Fehlen der Bowmanschen Membran, subepithelial ein zartes, zellreiches, vaskularisiertes Bindegewebe.

Oppenheim erinnert an den von Brünauer vorgestellten Fall von ganz grotesker Dyskeratose mit Hauthörnern an den Ellenbogen, Streckseiten der Fingergelenke und Kniegelenke, mit Beteiligung der Mundschleimhaut und Kornea.

Fuhs: **Arsenkeratose.** 43jähr. Pat. mit kleinherd- und streifenförmigen, schmutziggelbbraunen Hornschichtverdickungen an der Beuge-, warzenähnlichen Gebilden an der Dorsalseite der Hände. Die Fußsohlen tragen speziell über dem Kalkaneus und den Ballen der Mittelfußknochen mächtig zerklüftete dunkelgraubraune Hornmassen. Die Affektion entwickelte sich innerhalb der letzten 6 Jahre. Sie entstand durch jahrelang fortgesetzte Einnahme von Sol. ars. Fowleri wegen Psoriasis.

Kumer: **Lupuskarzinom.** 75jähr. Frau, seit 30 Jahren Lupus des Gesichts und des Stammes. Einmal mit Röntgen und mit Radium behandelt. Seit einem halben Jahre ein 6 cm im Durchmesser zählendes Karzinom der rechten Wange.

Arzt: **Pagets Disease.** 65jähr. Frau. Beginn der Affektion an der rechten Wange mit Rötung, Schuppung und lebhaftem Jucken. Die Mamilla allmählich verkleinert, dann verschwunden. Keine Schmerzen. Etwa münzengroßer erodierter Herd im Bereich der Mamilla, leicht nässend, keine Infiltration der Randpartien, keine Resistenz im Mammaparenchym. Histologisch: Polymorphie des Epithels mit Auftreten von Pagetzellen. Mächtige Entzündungszone in den obersten Kutisschichten.

Arzt: **Leukämische Lymphadenose.** 47jähr. Pat., vor Jahresfrist mit der Diagnose leukämische Lymphadenose in der Gesellschaft der Ärzte in Wien demonstriert. Bis zum Mai 1925 nur kleinpapulöse Effloreszenzen, die lebhaft jucken. Pigmentierte und depigmentierte Hautstellen. Universelle Drüsenschwellung. Derzeit ein Herd aus gruppierten braunroten Knötchen im Bereich der rechten Stirn- und Wangenpartie. Wenn auch die histologische Untersuchung dieser neuen Erscheinungsform aussteht, so ist sie zweifelsohne als spezifisch leukämisch aufzufassen bei einem Fall, der bisher nur uncharakteristische Hauterscheinungen gezeigt hat.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 7. Dezember 1926

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

Krankenvorstellungen:

1. Gottron (Hautklinik der Charité): a) **Lupus miliaris disseminatus des Gesichts.**

b) **Pityriasis lichenoides chronica vesiculosa.**

Diskussion zu 1b: Buschke erinnert an die akut verlaufenden Fälle von Parapsoriasis, die mit hohen Fieberattacken verliefen, wie sie aus Wien beschrieben sind.

2. W. Fischer: a) Frau mit **pruriginösem Exanthem** ein Jahr nach Schilddrüsenoperation, die auf Wunsch der Patientin aus kosmetischen Gründen vorgenommen war. Nach Behandlung mit Thyreoideaextrakt scheint eine kleine Besserung eingetreten zu sein.

b) Junges Mädchen. Vor 6 Jahren **Kropf** entfernt. Einige Monate später an der rechten Hand Akrodermatitis-atrophicans-Herde.

Diskussion: Buschke weist darauf hin, daß nach seinen Untersuchungen bei den Erkrankungen der Pemphigusgruppe weniger die Thyreoidea als die Genitalorgane und Hypophyse affiziert zu sein scheinen.

Pulvermacher: Der Nachweis eines Hypothyreoidismus ist leicht durch Stoffwechseluntersuchung zu erbringen. Testproben mit den verschiedenen Hormonextrakten können eventuell auch Klarheit bringen.

3. Arndt: a) Demonstration von Photographien und mikroskopischer Bilder von **multiplen Fibromen** an den Handgelenken.

b) 58jähr. Mann. **Fall zur Diagnose.**

4. Buschke demonstriert eine 52jähr. Frau mit **Sklerodaktylie** aller Finger beider Hände, Atrichie der Achselhöhlen, Verlust sämtlicher Zähne durch Lockerung und Atrophie des Unterkiefers. Außerdem besteht eine Achylia gastrica (Fehlen freier Salzsäure). Im Blut mäßige Lymphozytose. Die Thyreoidea ist nicht zu fühlen. Das Fehlen der freien Salzsäure kann als Sympathikussymptom bei der Sklerodermie aufgefaßt werden (analog dem Fehlen der freien HCl bei der chronischen Thalliumvergiftung der Ratten und den Beobachtungen bei Kindern, die zur Depilation ihrer Mikrosporie eine einmalige Dosis von Thallium erhalten hatten).

5. E. Langer (Derm. Abt. Buschke): **Röntgenulzera.** 32jähr. Mann, der früher nie krank gewesen ist. Wegen Drüsenschwellungen an der linken Halsseite wurde er 1923 mit Röntgenstrahlen behandelt und erhielt von August bis November etwa 10 Bestrahlungen, die fortgesetzt wurden, obwohl der Pat. bereits darauf aufmerksam machte, daß die Haut kleine Geschwüre aufweise und sich eine linksseitige Fazialisparese entwickelte. Es entstand allmählich eine große Geschwürsfläche, die sich von der linken Halsseite dicht oberhalb der Klavikula über die Backe, das linke Ohr, die Gegend hinter dem Ohr und die Schläfengegend erstreckte. Unter biochemischer Behandlung im Jahre 1924 angeblich innerhalb eines halben Jahres Heilung. Ab und zu brachen neue Geschwüre in der Narbe auf, die wieder langsam zuheilten. Seit Mai d. J. ein Teil der Narbe von neuem aufgebrochen. Pat. zeigt jetzt neben einer ausgedehnten Narbenbildung am Halse und der Backe eine große Geschwürsfläche mit etwas wallartigen Rändern in der linken Schläfengegend. Es zieht sich diese etwa handtellergroße Ulzeration bis hinter das Ohr. Daneben bestehen auf und in der Ohrmuschel und hinter dem Ohr mehrere kleine Geschwürsbildungen. Pat. hat zur Zeit eine positive WR, so daß, obwohl anamnestisch nichts vorliegt, wohl eine latente Lues besteht. Der Verdacht, daß außerdem bereits ein Übergang in ein Karzinom vorhanden sei, konnte bisher histologisch nicht bestätigt werden. — Fall 2: 52jähr. Frau, die in der Sitzung vom 8. XII. 1925 erstmalig vorgestellt wurde. Die damals sehr tiefen, je etwa handtellergroßen, schmierigen Ulzera auf dem Rücken nach Myombestrahlung haben sich gereinigt und bis auf zwei noch etwa pflaumengroße Ulzerationen geschlossen. Die Behandlung war sehr schwierig, da die Pat. über außerordentlich starke Schmerzen klagte. Es wurde von ihr als am angenehmsten empfunden und am besten vertragen die Behandlung mit Dampfstrahl und Anästhesinsalbe. Alle anderen Behandlungsversuche, auch die mit heißen Breiumschlägen nach Veiel, wurden von der Pat. als zu schmerzhaft abgelehnt. Diese Fälle stammen aus derselben Quelle. Man kann diese beiden

Digitized by Google

Fälle auf eine Fahrlässigkeit zurückführen. Vor allem scheint es, daß in dem ersteren Falle, in dem es sich um eine Bestrahlung der Halsdrüsen handelte, es vollständig unterlassen ist, die Umgebung des Bestrahlungsfeldes abzudecken.

6. Kleeberg: **Herpes zoster generalisatus und Varizellen.** 57jähr. Mann mit typischem Zoster auf dem Scheitel (C_2, C_3), Schwellung der Okzipitaldrüsen und über Brust und Rücken verbreitet vereinzelt stehende Bläschen mit erythematösem Hof, in der linken Infraklavikulargegend Herpesgruppe. Seit den Veröffentlichungen Bokays wissen wir, daß das Virus bestimmter Zosterfälle mit dem Virus der Varizellen identisch ist; die generalisierten Zosterfälle verdienen deshalb unsere besondere Beachtung. Impfversuch und Agglutinationsprobe stehen noch aus.

Diskussion: F. Rosenthal sah disseminierte Aussaat von Bläschen nach intensiver Jodtinkturbehandlung eines Zosterherdes.

Arndt hält Varizellen für ausgeschlossen. Varizellen beim Erwachsenen verlaufen unter schweren Symptomen, vor allem mit Beteiligung des Mundes. Arndt glaubt nicht an einen Zusammenhang von Zoster und Varizellen.

Nachtrag Kleeberg: 10 Tage später ist das Kind des Pat. mit ausgedehnten fieberhaften Varizellen mit Beteiligung des Mundes — vor allem Tonsillen — erkrankt.

7. Aussprache über die Demonstration Kadisch: Schnellreaktion bei Lues.

E. Bernhardt: Die Schnellreaktion des Herrn Kadisch ist sehr ähnlich der Hechtschen Modifikation der WR. Da sie die komplexe Hämolyse als Indikatorsystem benutzt, ohne vorherige genaue Einstellung durch Titrierung, muß sie unzuverlässigere Resultate geben als die WR. Auch die WR kann man noch empfindlicher gestalten dadurch, daß man diejenigen Seren, die in $^1/_4$-Dosis noch für komplette Hämolyse ausreichende Normalambozeptoren enthalten, nach Bauer ansetzt. Man erhält dann über 4% mehr positive Resultate als mit der üblichen WR, die zuverlässig sein müssen, da es sich nur um eine Berichtigung des Indikatorsystems handelt. Auf diese Weise ist auch eine bessere Bewertung der Fällungs- und Trübungsreaktionen möglich.

Diskussion: Bruhns, Eicke.

Schlußwort: Kadisch.

8. L. Balog: **Irrtümer in der Gonorrhoetherapie.** Der Gonorrhoetherapeut kämpft ebensowenig gegen Symptome und Entzündungen als der Syphilidologe. In erster Linie muß der Erreger bekämpft werden als eine Gefahr für die Allgemeinheit. „Typische Diplokokken" gibt es nicht, der Gonokokkus ist unbedingt durch Gramfärbung zu identifizieren. Für die „kausale Therapie" gibt es nur zwei Komponenten: Gonokokkus und das gonokokkentötende Mittel, das die Gonokokken in der Harnröhre vernichten soll. Aber diese Therapie versagt, weil die Gonokokken sehr bald in den Drüsen geschützt liegen. Deswegen hat man mit der Abwechslung von Konzentrationen und Mitteln und mit einer supponierten „Tiefenwirkung" versucht; diese Auffassung dominiert noch heute. Die Erfolglosigkeit dieser Therapie erzeugte zwei weitere Irrtümer: Angewöhnung und Resistenz. Zeigen sich nach Einstellung der Einspritzungen wieder Gonokokken, so können diese doch nicht dieselben sein, sondern sie sind aus den Drüsen inzwischen wieder ausgeschieden. Die Tiefenwirkung ist eine Folge der falschen Auffassung des Prozesses. Die Gonokokken können wohl in das Bindegewebe gelangen, doch werden sie hier vernichtet, in das Lumen zurücktransportiert oder demarkiert, sonst folgt die Überschüttung des Organismus, wie auch Buschke-Langer aus dem Herzblut aller Mäuse, denen Gonokokken subkutan eingespritzt worden sind, Gonokokken züchten konnten. Noch die neuesten Bücher behandeln weit und breit die „Posterior", obzwar dieses Krankheitsbild nicht existiert. Seit Picker wissen wir, daß die „Posterior" die Manifestierung der Adnexerkrankung ist. Das Wesen der Gonorrhoe ist die Erkrankung der Drüsen, die Behandlung ist, sobald die normale Temperatur die erfolgte Demarkation angezeigt hat, die „Entleerung der Retentionsherde nebst Reinhaltung der Ableitungswege" (Picker). Die Stellungnahme Stutzins gegen die „Prostatamassage" ist ein Komplex von Irrtümern. Er vergleicht die Prostatitis mit der Mastitis, er beachtet nicht die Demarkation, mißt nicht Temperatur, er nimmt sogar an, daß die Prostata in ihrer Ausdehnung nicht abtastbar wäre! In den vorgeführten, vorher mit Silberpräparaten behandelten Harnröhrenschnitten ist nirgends unter dem Epithel oder in Drüsen Silber nachweisbar. Dafür sind die drittrangigen Falten schon oft ungefärbt, Längsschnitte der Drüseneinmündungen, Querschnitte der weitverzweigten Drüsen stets ohne Silberspuren. Die richtige Adnexbehandlung ist die Lösung der Gonorrhoefrage.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Mitteilungen aus der Literatur

Blennorrhoe

c. Therapie

Traitement des arthrites blennorrhagiques aiguës (Behandlung der akuten gonorrhoischen Gelenkentzündungen), von E. Bressot. (Paris méd., 1926, Nr. 39, S. 233 bis 237.) Behandelt wurde 1. mit Punktion und intraartikulärer Serumtherapie unter Verwendung von Antimeningokokkenserum bei gleichzeitigen subkutanen Einspritzungen; gute Resultate bei frischen Fällen, jedoch nicht bei älteren. 2. Arthrotomie mit intraartikulärer Serumtherapie; welcher der beiden Komponenten hier der Erfolg zuzuschreiben ist, ist nicht ganz sicher; doch ist die Arthrotomie wichtig, da der Gonokokkus frühzeitig fibrinöse Auflagerungen bewirkt. 3. Intraartikuläre Vakzination gab unangenehme Chokerscheinungen, Erfolge mäßig. Die Punktion und die intraartikuläre Serumtherapie ist mehrmals zu wiederholen. Die Arthrotomie hat noch den Vorteil, daß sie frühzeitige Mobilisierung gestattet, die von großem Werte ist. E. Levin-Berlin.

Zur Röntgenbehandlung der Bartholinitis gonorrhoica, von H. Sieber-Stuttgart. (Zbl. f. Gyn., 1926, Nr. 42, S. 2713.) Mitteilung zweier weiterer Fälle von blennorrhoischer Bartholinitis, bei denen durch eine einmalige Röntgenbestrahlung Gonokokkenfreiheit erzielt wurde. Im Gegensatz zu Hübner, der die Blutumspritzung vorzieht, hält Verf. die Röntgenbestrahlung zur Verdrängung des Gonokokkus für durchaus genügend, wenigstens bei Drüsen mit äußerer Sekretion. F. Landauer-Berlin.

Urogenitalapparat

a. Allgemeines

Bemerkungen zur allgemeinen urologischen Diagnostik, von O. Schwarz, Urol. Abt. Allg. Polikl. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 40, S. 1170.) Mitteilung zweier Krankengeschichten, deren wesentlicher Inhalt darin besteht, daß die Patienten als Neurastheniker bezeichnet wurden, während eingehende vom Verf. durchgeführte Untersuchung und Behandlung geringfügige somatische Ursachen beseitigen konnte und die Beschwerden behoben waren. In einer dritten Krankengeschichte wird umgekehrt mitgeteilt, wie bei einem Manne mit geringen körperlichen Erscheinungen schwere neurotische Symptome unter dem Bilde hypochondrischer Beschwerden und generellen Minderwertigkeitsgefühls zustande kommen. Die psychische Komponente einer Erkrankung soll heutzutage ebenso wie die körperliche „als spezielle Diagnose mit spezieller Diagnostik" gestellt werden. O. A. Schwarz-Berlin.

Über die Leukoplakie der Harnwege, von R. Allemann-Zürich. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 41, S. 998—1004.) In der mit ausführlichstem Literaturverzeichnis versehenen Arbeit wird ein Überblick über die Entwicklung der Auffassungen von der Genese der Leukoplakie der Harnwege unter Anführung charakteristischer eigener und fremder Fälle gegeben. Die Diagnose der Erkrankung wird immer noch zu häufig erst auf dem Sektionstische gestellt. Hartnäckig rezidivierende Zystitis mit Strangurie, Pollakisurie, terminaler Hämaturie, bei der die schweren subjektiven Beschwerden in auffallendem Kontrast zu dem lange Zeit klarbleibenden Urin stehen, muß den Verdacht auf Leukoplakie erregen. Erscheint der Harn dick eitrig getrübt, so beruht die Trübung auf den abgeschilferten, verhornten Epithelzellen; daß es sich um metaplasiertes Blasenepithel handelt, kann durch den Nachweis von Glykogen erhärtet werden, das im normalen Blasenepithel regelmäßig fehlt. Bei längerem Bestehen tritt häufig eine bakterielle Infektion hinzu, die zu weiteren Schädigungen der Nieren führt. Auch die Leukoplakie des Nierenbeckens zeichnet sich durch auffällige Chronizität aus; ana-

Digitized by Google

mnestisch findet sich dabei häufig in der Jugend orthostatische Albuminurie, auch Kombination mit Tuberkulose ist nicht selten. Wahrscheinlich ist die Metaplasie zunächst eine Schutzformation des Epithels der Harnwege gegen Bakterien bzw. deren Toxine, wobei es dann oft zu exzessivem Wachstum kommt; ein weiteres Fortschreiten führt dann leicht zum Karzinom, so daß die Metaplasie als präkanzeröses Stadium betrachtet werden muß. Das rechtfertigt auch die radikale operative Therapie.

E. Levin-Berlin.

Über einen außerordentlichen Fall von Atresie und Umlagerung sämtlicher innerer und äußerer Organe des Urogenitorektalgebietes, von D. Pulvermacher. (Zbl. f. Gynäkol., 1926, Nr. 42, S. 2719.) Ausführlicher Sektionsbefund eines 15 Minuten nach der Geburt gestorbenen Kindes. Außer einer Atresia ani fand sich eine weitgehende Verlagerung der Bauch- und Beckeneingeweide nebst einer Verlagerung des Penis hinter das Skrotum. Die gesamten Bauch- und Beckenorgane sind überdeckt durch eine große, übermäßig gedehnte Blase, deren wahrscheinlich schon im ersten Embryonalmonat erfolgte Füllung die Umkehr der topographischen Beziehungen veranlaßt hat.

F. Landauer-Berlin.

Spontangangrän des äußeren Genitales, von E. Teltscher-Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 40, S. 1177.) Es wird ein Fall von foudroyant verlaufender, trotz Operation zu septischem Exitus führender Spontangangrän des Skrotums und Penis beschrieben. Die Ätiologie ist noch nicht einheitlich geklärt. Von Spontangangrän darf nur gesprochen werden, wenn alle anderen für eine Gangrän des Genitale in Frage kommenden Einflüsse (Harninfiltration, Trauma, chemische und thermische Ursachen, vorausgegangene Infektionskrankheiten) ausgeschlossen werden können. Die Erreger werden in 2 Gruppen geteilt: in gasbildende Bakterien und nichtgasbildende Eitererreger. Der klinische Verlauf ist stets überaus ernst, die Operation kommt fast stets zu spät. Bei der Sektion findet man fast immer eine ausgedehnte Thrombose der im Bereich der Gangrän liegenden Venen. Therapeutisch wird möglichst frühzeitige, ausgiebige Inzision und Drainage der befallenen Partien gefordert.

O. A. Schwarz-Berlin.

Vergleichende Bewertung der Aktivität von testikularen Präparaten (Testikularflüssigkeit. Spermin und Spermol) nach Untersuchungen an isolierten Organen, von A. A. Likhatscheff und M. P. Nikolaeff-Leningrad. (Zschr. f. ges. exp. Med., 1926, Bd. 52, H. 3/4, S. 418.) Es ergab sich, daß unter dem Einfluß der Testikularflüssigkeit in einem Teil der Fälle eine Vergrößerung der Amplitude der Herzkontraktion bis 140% in anderen Fällen nur unbeträchtliche Vergrößerung, in einzelnen sogar Abnahme der Amplitude zustande kam. Spermol erwies sich als nicht charakteristisch auf den Rhythmus wirkend; Spermin ergab oft eine Beschleunigung des Rhythmus. Der Einfluß der 3 Präparate auf den Strom der Nährflüssigkeit durch die Koronargefäße ist immer in deutlich verstärktem Sinne wahrnehmbar; als das aktivste erscheint Spermin. Die Ohrgefäße des isolierten Kaninchenohrs reagierten auf alle 3 Präparate; sie verengerten sich am stärksten auf Spermin. Die Menge der adrenalinhaltigen Substanzen, die durch die Nebennieren unter dem Einfluß von Spermin und Spermol ausgeschieden werden, steigert sich, wie das früher für die Testikularflüssigkeit nachgewiesen ist. Die besprochenen Testikularpräparate haben eine therapeutische Bedeutung als das Herz und die Gefäße tonisierende und die Herzernährung bessernde Agenzien.

M. Cohn-Dresden.

Tokokinine, Stoffe mit sexualhormonartiger Wirkung aus Pflanzenzellen, von M. Dohrn und W. Faure, H. Poll und W. Blotevogel, Anat. Inst. Hamburg. (M. Kl., 1926, Nr. 37, S. 1417—1419.) Sexualhormonähnliche Substanzen beschränken sich in ihrer Bildung nicht auf den tierischen Geschlechtsapparat. Es lassen sich derartige Körper auch aus pflanzlichem Material erhalten, sie werden als „Tokokinine" bezeichnet. Von diesen Stoffen, deren Rohextrakte sich als ein Öl darstellen, wird hier über aus Zuckerrüben, Kartoffeln, Hefezellen gewonnene berichtet. Die Wertbestimmung der hormonähnlichen Substanzen erfolgte mit Hilfe des Chromtests (Vergleich mit dem an einem bestimmten Schwangerschaftstage auftretenden Zahlenverhältnis zwischen chrombraunen und nervösen Zellen im Ganglion cervicale uteri der kastrierten Maus). Die Ergebnisse waren positive.

E. Levin-Berlin.

The Female Sex Hormone. A New Method of Determining Sex in the Presence of Malformation of the Genital Organs (Das weibliche Sexualhormon. Eine neue Methode zur Geschlechtsbestimmung bei Mißbildung der Genitalorgane), von R. T. Frank und M. A. Goldberger-New York. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 8, S. 554.) Es gibt Fälle, bei denen durch Mißbildung der äußeren und Fehlen der inneren

Digitized by Google

Geschlechtsorgane die Bestimmung des Geschlechts bisher unmöglich war. Verff. gelang es, im kreisenden Blut von geschlechtsreifen Frauen 5—15 Tage nach der Ovulation ein Sexualhormon nachzuweisen. Diese Hormone sind an funktionierende Ovarien gebunden. Negative Reaktion ist nicht beweisend, da das Hormon nicht immer im Blute zu kreisen braucht. Möglichst häufige Untersuchungen geboten. 2 Fälle: 1. 24jähr. Person mit Vulva ohne Vagina. Andere Organe nicht nachzuweisen. Im übrigen fühlt sie sich als Weib. Akromegalisches Gesicht, Hypertrichosis. Probe +. 2. 22jähr. Person mit periodischem Nasenbluten. Männlicher Typ. Brüste feminin —, ebenso Haarkleid. Vulva normal. Uterus und Ovarien nicht nachweisbar. + Reaktion zeigt, daß Person weiblich. Natürlich Reaktion nur nach der Pubertät möglich. H. Colman-Berlin.

Über das Verhalten der Brunft bei der Parabiose der Ratte, von H. Pfeiffer und H. Zacherl, Path. Univ.-Inst. Graz. (Kl. W., 1926, Nr. 33, S. 1522.) Nichtschwangere Ratten und ebenso hochschwangere in Parabiose mit nichtschwangeren Ratten beeinflussen gegenseitig ihren Brunftzyklus gar nicht, dagegen macht sich deutlich der Einfluß eines Rattenbockes bemerkbar, den man mit einem Weibchen in Parabiose bringt. Bei letzterem hört sofort der Brunftzyklus auf und setzt auch noch nach der erfolgten Trennung nicht sofort wieder ein. So ergibt sich, daß die Reizstoffe gleichgeschlechtlicher Drüsen den Ablauf ihrer östrischen Zyklen nicht beeinflussen, daß aber das andersgeschlechtliche Hormon sofort einen hemmenden Einfluß ausübt.

E. Langer-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase

Zur Klinik und Statistik des Peniskarzinoms von V. Föderl, II. Chir. Univ.-Kl. Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1926, Bd. 198, H. 3/4, S. 206—230.) Von 38 operierten Fällen wurden bei 3jährigem Intervall 54,3%, bei 5jährigem 40% dauernd geheilt; die Operationsmortalität betrug 7,8%. Als wichtigstes prädisponierendes Moment für die Karzinomentwicklung muß die Phimose angesehen werden. Demnächst am häufigsten findet sich die Entstehung des Krebses auf dem Boden eines rezidivierenden Geschwürs oder einer Narbe, so auch nach syphilitischer Infektion und unvollständiger Phimoseoperation. In 4 Fällen bestand hereditäre Belastung im Sinne einer Allgemeindisposition zur Tumorbildung; die Frau eines Kranken war am Karzinom des Genitales gestorben. Im allgemeinen wurde das höhere Alter betroffen. Am häufigsten nahm die Neubildung vom Sulkus ihren Ausgangspunkt. Die beiden Grundformen, das infiltrierende, ulzeröse Karzinom und der papilläre Krebs kamen ungefähr gleich oft vor; letzterer entwickelt sich häufig aus einem schon viele Jahre, bisweilen schon seit der Jugend bestehenden rötlichen, nässenden Wärzchen. Bei älteren Phimotikern soll bei jauchigeitrigem Ausfluß die dorsale Inzision zur Sicherstellung der Diagnose vorgenommen werden. Gegenüber spitzen Kondylomen beruht die Differentialdiagnose auf der derb infiltrierten, breiten Basis des Karzinoms. Diagnostische Schwierigkeiten können sich gegenüber chronisch-unspezifischen, tuberkulösen und syphilitischen Erkankungen ergeben, sonstige Tumoren (der Bindegewebsgruppe angehörig) kommen nur selten vor. Die Mehrzahl der Peniskarzinome ist gutartiger Natur, besteht Neigung zur Metastasierung, so erfolgt diese in einem frühen Zeitpunkt. Eine neoplastische Erkrankung der regionären Drüsen bestand in 25% der Fälle. Die ulzeröse Form ist prognostisch ungünstiger und daher radikaler zu operieren. Es soll also nur bedingungsweise die primäre Drüsenexstirpation stattfinden, da sie leicht zu Komplikationen Anlaß geben kann. Sekundäre Exstirpation, falls die Schwellung auf die im Anschluß an die Operation durchgeführte Röntgenbestrahlung nicht zurückgeht. Absetzung des Gliedes 2 cm proximal vom Tumorende, totale Emaskulation nur, wenn Skrotum und Hoden ergriffen sind. Hohes Alter ist keine Gegenanzeige; auch bei klinisch inoperabel erscheinenden Tumoren kann einfache Amputation längerdauernde Heilung bewirken. E. Levin-Berlin.

Ätiologie der Harnröhren-Strikturen, von L. Levy-Lenz. (M. Kl., 1926, Nr. 44, S. 1687—1688.) Die Häufigkeit der Strikturen kurz hinter der Fossa navicularis und im hinteren Abschnitt der Pars cavernosa glaubt Verf. auf mechanische Schädigungen (Druck der Injektionsspritze, Einschneiden des Suspensoriums) beziehen zu können.

E. Levin-Berlin.

Über angeborene Klappenbildung in der Pars prostatica urethrae (Om medfødte Klapdannelser i pars prostatica urethrae), von J. Spohr. (Hospitalstidende, 1926, Nr. 30, S. 717.) Bericht über 2 Fälle: 1. Ein 3jähr. Knabe von leidendem Aussehen. Alle halbe Stunden Urindrang. In der Zwischenzeit Aussickern von Urin aus der Urethra. Zwischen Symphyse und Nabel birnförmige Auftreibung an vorderer Bauchwand sicht-

Digitized by Google

und fühlbar, welche als Harnblase gedeutet wird. Mit Mercierkatheter Nr. 6 Entleerung von 400 ccm klarem Urin. Auftreibung nachher vermindert. Im weiteren Verlauf spontanes Urinieren. Weiterer Verfall ohne erkennbare Ursache. Tod am 20. Tage des Hospitalaufenthalts. Sektion: Nieren beide, besonders aber die linke, in dünnwandige Säcke verwandelt; Ureteren stark geschlängelt, 35 bzw. 30 cm lang. Blase: Größe einer Mandarine; trägt am oberen Ende einen wallnußgroßen Abszeß. Urachus fest geschlossen. Orificium internum urethrae für Kleinfinger durchgängig. Die Crista urethralis teilt sich 1 cm unterhalb der Colliculi seminal. in 2 kurze Schenkel, von denen eine 1 mm dicke Membran entspringt. Dieselbe ist der ganzen Innenwand der Harnröhre mit Freilassung einer nur 2 mm großen Öffnung angeheftet; sie besteht histologisch aus normalen Elementen. Ein 6 Monate alter Knabe frühzeitiger Geburt, seit 8 Tagen krank, Unruhe, Erbrechen, Hervortreten einer Schwellung im Bauch über Symphyse mehr nach links gelegen. Katheter entleert 100 bzw. 400 ccm klaren Urin. Zunehmender Verfall. Als letzter Rettungsversuch Zystotomie in leichter Chloroformnarkose. Blase wallnußgroß, steht in Verbindung mit einem großen Hohlraum auf der linken Seite. Operation abgebrochen. Tod 6 Stunden später. Sektion: Beide Nieren hydronephrotisch vergrößert, etwa von dreimal der normalen Größe. Ureteren stark geschlängelt; am rechten wallnußgroße Ampullenbildung am Eingang in die Blase. Katheter geht leicht von der Urethra aus in dieselbe ein. Links ähnliche kleinere Ampulle. In der Pars membranacea urethrae halbmondförmige Klappe so gelagert, daß sie vom ausfließenden Urin aufgespannt werden kann. Verf. hat aus der Literatur 72 Fälle zusammenstellen können. In ätiologischer Hinsicht werden dieselben erklärt als: 1. Hemmungsbildungen, Fortbestehen von Kloakenmembranen oder der Wolff-Müllerschen Gänge; 2. als Verklebungen des Epithels in der fötalen Urethra; 3. als Schleimhauthypertrophie hervorgerufen durch Urindruck. Anatomisch sind zu unterscheiden: Valvulaform (die häufigste), die Diaphragmaform und die Chordaform. Das Alter (für 32 Fälle) variierte vom ersten Säuglingsalter bis zu 45 Jahren. Ferner starben 5 Neugeborene unmittelbar nach oder schon während der Geburt. Bei rechtzeitiger Diagnosenstellung und geeignetem operativem Eingriff ist die Prognose entschieden günstig zu stellen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Pathogenese der Harnverhaltungen prostatischer und nichtprostatischer Natur, von H. Rubritius. (W. kl. W., 1926, Nr. 40, S. 1168.) Verf. beschreibt 4 Gruppen von Erkrankungen als Ursachen von Harnverhaltung nicht prostatischer Natur: Die Blasenhalsklappen, die interureteralen Barrieren, die Blasenhalskontrakturen und die funktionellen Sphinkteranomalien. Die 1. Gruppe der Erkrankungen ist meist angeboren und sehr selten. Die 2. Gruppe ist die Folge eines Abflußhindernisses und muß gelegentlich anläßlich der Entfernung desselben mit beseitigt werden. Die Blasenhalskontrakturen bieten oft große diagnostische Schwierigkeiten. Bei Fällen von Harnverhaltung ohne nachweisbare Prostatavergrößerung muß an sie gedacht werden. Die 4. Gruppe, die funktionellen Sphinkteranomalien, sind keineswegs, wie so oft angenommen wird, ein Krampfzustand des Schließmuskels, vielmehr liegt bei all diesen Harnverhaltungen eine Hypertonie des Sphincter internus zugrunde. Es wird unterschieden zwischen idiopathischer Hypertonie und solcher, der eine Rückenmarkserkrankung oder Trauma zugrunde liegt. Therapeutisch wird neuerdings zur Beseitigung die keilförmige Sphinkterexzision bei eröffneter Blase erfolgreich angewandt. Die von amerikanischen Autoren propagierte Methode des „Punch"-Verfahrens ist bisher in Deutschland noch nicht in größerem Maße nachgeprüft. O. A. Schwarz-Berlin.

Blastomycosis of the Bladder (Blastomykose der Harnblase), von B. W. Rhamy-Fort Wayne, Ind. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 6, S. 405.) 47jähr. Arzt. Rezidivierende Zystitis mit Temperaturerhöhung und Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Im Urin waren keine Bakterien, dagegen Eiterzellen und eine große Anzahl von Hefezellen. Auf geeigneten Nährböden konnten die Hefepilze in Kulturen gezüchtet werden. Der Patient hatte niemals eine Glykosurie gehabt. Unter Verabfolgung von internen Harnantiseptizis besserten sich die Beschwerden, jedoch war keine völlige Freiheit des Harns von Hefezellen zu erzielen. Kurze Literaturübersicht vom Vorkommen der Blastomykosen auf der Haut oder an inneren Organen. Eine Blastomykosis der Harnblase wurde bisher nie beschrieben. O. A. Schwarz-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Zur Objektivierung der Keimdrüsenfunktion, von A. Lieben-Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 40, S. 1159.) Die Behandlung der männlichen Keimdrüsenerkrankungen steht oft vor großen Schwierigkeiten; es ist notwendig, sich einer Methode zu bedienen,

Digitized by Google

welche organisch bedingte Funktionsstörungen der Keimdrüsen bzw. Störungen des hormonalen Gleichgewichts erkennen läßt. Schablonenhafte Behandlung der Keimdrüsenerkrankungen ist unbedingt zu verwerfen. Impotenz ist oft das erste Symptom von Hypophysenerkrankung. Möglicherweise gibt es auch hier, wie bei Schilddrüsenerkrankungen, Formes frustes. Liebesny hat darauf hingewiesen, daß mit Hilfe der Untersuchung des Energiestoffwechsels bei Keimdrüsenstörungen die hormonalen Verhältnisse analysiert werden können. Notwendig ist die Feststellung des Grundumsatzes (Sauerstoffverbrauch im Ruhenüchternzustand) und der spezifisch-dynamischen Wirkung der Nahrung (Sauerstoffverbrauchssteigerung nach Nahrungszufuhr innerhalb einer bestimmten Versuchszeit). An Hand von zwei Krankengeschichten wird sodann geschildert, wie wichtig die Untersuchung des Energiestoffwechsels vor Einleitung einer Impotenzbehandlung ist; nicht selten gelingt es dann, objektive Hinweise für die hormonale Genese einer Keimdrüsenerkrankung zu erlangen. O. A. Schwarz-Berlin.

Über die Prädisposition des ektopischen Hodens zur Tumorbildung. Beiträge zur Lehre über die Geschwülste der männlichen Geschlechtsorgane, von S. Rubaschow-Minsk. (W. kl. W., 1926, Nr. 37, S. 1040.) Auf Grund eingehender Literaturzusammenstellungen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß der ektopische Hoden über 20mal so oft als der normale von Tumoren befallen wird. Da jedoch aus den Statistiken hervorgeht, daß der normale Hoden nur in etwa 0,05% von Tumoren befallen wird, so ist auch die Häufigkeit von Tumoren der ektopischen Hoden eine geringe (0.17%). Prophylaktische Kastration bei Hodenektopie zwecks Vorbeugung einer Tumorbildung ist deshalb abzulehnen. Die bei Hodenektopie am häufigsten vorkommende Geschwulstbildung ist das Teratoid. Die Interstitialzellengeschwülste sind als spezifisch für den ektopischen Hoden anzusehen. O. A. Schwarz-Berlin.

Prostatahypertrophie und Konstitution, von P. Blatt, Urol. Abt. Allg. Polikl. Wien. (Zschr. f. urol. Chir., 1926, Bd. 20, H. 5/6, S. 275.) Verf. hat die 114 Fälle von klinisch diagnostizierter Prostatahypertrophie, die er zu beobachten Gelegenheit hatte, in 3 Gruppen eingeteilt, erstens in die Gruppe von 72 Fällen, bei denen nicht nur klinisch und zystoskopisch, sondern auch histologisch eine Prostatahypertrophie festgestellt wurde, zweitens in die 30 Fälle, die zwar nicht operiert wurden, bei denen aber klinisch der Befund charakteristisch für eine Prostatahypertrophie war, und in die dritte Gruppe, nämlich die Fälle, bei denen histologisch keine Prostatahypertrophie, sondern ein maligner Tumor, eine Sphinkterhypertrophie und -hypertonie usw. bestand. Wenn nun Verf. diese 3 Gruppen in die bekannten Konstitutionsgruppen einzuordnen versuchte, so war die Hypertrophie beim Digestiven (Sigaudsche Einteilung) bzw. Pykniker (Kretschmersche Einteilung) sehr häufig, während gerade die Astheniker (Kretschmer) bzw. Respiratoriker (Sigaud) fast kaum an der Prostatahypertrophie litten. Außerdem war die mäßige Behaarung und die weiche, glatte, fettreiche und feuchte Haut mit vielen Nävi, Warzen, Angiomen und kleinen Lipomen übersät, auffallend häufig und besonders bemerkenswert. Der Prostatiker wird als Antipode des Diabetikers bezeichnet, gehört aber in dieselbe Gruppe der Digestiven. A. Rosenburg-Mannheim.

Über Prostatahypertrophie und Prostatektomie, von R. Oppenheimer, Urol. Abt. des Krkh. vom Roten Kreuz, Frankfurt a. M. (M. Kl., 1926, Nr. 40, S. 1526—1527.) Bei der Prostatahypertrophie handelt es sich vielleicht gar nicht um eine solche, sondern um eine von der Umgebung ausgehende Geschwulstbildung. Bei dem Zustandekommen spielt die Konstitution eine Rolle (Fettleibigkeit), in Betracht kommt ferner Heredität und Lebensweise (Coitus interruptus, starke sexuelle Erregbarkeit). Die Erscheinungen lassen oft nicht ohne weiteres an Prostatahypertrophie denken (Reflexstörungen am Magen usw.). Für die Behandlung kommt besonders die Röntgen-Massagebehandlung und die suprapubische Prostatektomie in Betracht. E. Levin-Berlin.

d. Nieren, Ureteren, Harn

Erfahrungen über die medikamentöse Behandlung der Harninfektion, von K. Sternbach, Urol. Staatl. Sophienspital Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 40, S. 1175.) Mitteilung über die Erfolge, welche bei kritischer Anwendung der bald nicht mehr zu übersehenden Menge verschiedener Harndesinfizientien erzielt wurden. Es wird berichtet über den therapeutischen Effekt bei lokaler, intravenöser, intramuskulärer und peroraler Verabfolgung der einzelnen Mittel. Aus dem Bericht geht hervor, daß es eben kein universell wirkendes Harnantiseptikum gibt (und niemals geben kann. Ref.), und daß die bakteriologisch verschiedenen Infektionen entsprechend gewählte Medikamente erheischen. O. A. Schwarz-Berlin.

Digitized by Google

Urologisches in Beziehung zu den Marienbader Heilquellen, von L. Casper. (M. Kl., 1926, Nr. 36, S. 1359—1361). Marienbader Kur mit der Rudolfsquelle kommt in Betracht bei Nierensteinen, um deren Herausbeförderung zu unterstützen, sie ist auch geeignet, der Neubildung von Steinen vorzubeugen. Da die Steinbildung zum Teil auf zu starker Konzentration des Harnes beruht und die Marienbader Entfettungskur dem Körper stark Wasser entzieht, erscheint es empfehlenswert, mit ihr gleichzeitig Rudolphsquelle trinken zu lassen. Diese ist auch von guter Wirkung bei chronischer Zystitis, zum Teil wohl dadurch, daß sie wie die verschiedenen Teearten diluierend und steinausschwemmend wirkt; doch muß, wie die besonders gute Wirksamkeit an Ort und Stelle zeigt, noch ein besonderes Moment witwirken (vielleicht sekretbeschränkende, adstringierende, reizmildernde Wirkung des darin enthaltenen Kalziums?).

E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale

Beitrag zur Fluortherapie: Esterdermasan und Lenizet, von Seyffardt-Düsseldorf. (M. Kl., 1926, Nr. 38, S. 1458—1459.) Bei entzündungsfreien, anämischen Fluorfällen auffallend schnelle Besserung (Dauerbehandlung erforderlich!) durch Einlegen von Glyzeringelose und in Lenizetbolus gewälzten Tampons. Bei entzündlichen Fällen Ester-Dermasan-Ovulum und Lenizetbolustampon. Sind Infektionserreger festgestellt, neben Argentumwaschungen Ester-Dermasan-Ovulum mit Silber. Bei Beteiligung der Zervix Tampons mit Ichthyol, Thigenol. E. Levin-Berlin.

Zwei Fälle von seltenen Geschwülsten am äußeren Genitale, von G. Gatter, Frauenabt. Hosp. Reichenberg. (Zbl. f. Gyn., 1926, Nr. 43, S. 2769.) Kasuistische Mitteilung eines paraurethral gelegenen Leiomyoms und eines Spindelzellensarkoms am Damm.

F. Landauer-Berlin.

Über einen Fall von tubulärem Hidradenom der Vulva, von W. Hoeck, Univ.-Frauenkl. Berlin. (Zbl. f. Gyn., 1926, Nr. 43, S. 2757.) Beschreibung einer Schweißdrüsenneubildung an der Vulva einer 50jähr. Frau. Der derbe, weißliche, etwa mandelgroße Knoten saß als breitbasiger Polyp an der Innenseite der einen großen Labie. Histologisch zeigte der Tumor durchaus gutartigen Charakter. Während aber bisher als typisch für derartige Geschwülste der intrazystische papillomatöse Bau galt, zeigte der hier beschriebene Fall durchweg schlauchförmige Struktur.

F. Landauer-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene

Zur Frage der Ätiologie der Ejaculatio praecox, von Grage. (Zschr. f. Sexualw., 1926, Bd. 13, H. 6, S. 185—186). Es ist nicht richtig, die Ejaculatio praecox wesentlich auf onanistische Reize zurückzuführen. In zwei Fällen konnten anderweitige psychische Schädigungen als Ursache nachgewiesen werden. Die Störung erfordert stets kausale Therapie. E. Levin-Berlin.

Über die Sekretion der weiblichen Brust infolge ihrer sexuellen Erregbarkeit, von M. Samuel-Köln a. Rh. (Zschr. f. Sexualw., 1926, Bd. 13, H. 6, S. 186.) In mehreren Fällen führte das zum Zwecke der sexuellen Anregung des Mannes oder der Frau ausgeübte Saugen an den Brüsten zu einer Absonderung von reiner Milch (ohne daß Schwangerschaft vorlag) oder kollostrumähnlicher Flüssigkeit. Auch zu Entzündungen, Abszessen kann es dadurch kommen. E. Levin-Berlin.

Quatre leçons sur la stérilité (Vier Vorlesungen über Unfruchtbarkeit), von H. Vignes. (Progr. méd., 1926, Nr. 38, S. 1113—1120; Nr. 39, S. 1249—1255; Nr. 40, S. 1478—1482; Nr. 41, S. 1515—1518.) Nichts Neues. E. Levin-Berlin.

Das Problem der ledigen Frau, von H. E. Timerding. Vergl. Derm. W., Bd. 83, Nr. 39, S. 1457. E. Levin-Berlin.

Das Sexualproblem der Bevölkerungspolitik, von H. Grünbaum-Sachs. (Zschr. f. Sexualw., 1926, Bd. 13, H. 7, S. 224—232.) Die Beschränkung auf staatliche Abwehrmaßnahmen ist auf sexuellem Gebiete zweckwidrig und erfolglos. Notwendig ist Erleichterung des Präventivverkehrs, dann werden die Abtreibungen von selbst abnehmen. Deshalb ist die amtliche Beschränkung der Eheberatungsstellen in der Frage des Präventivverkehrs ein großer Fehler. Für den weiblichen Teil der Rat suchenden Personen müssen in diesen Stellen weibliche Ärzte zur Verfügung stehen.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Zur Psychologie und Soziologie jugendlicher unehelicher Mütter, von J. Moses-Mannheim. (Zschr. f. Sexualw., 1926, Bd. 13, H. 6, S. 169—174.) Bei den untersuchten Personen zeigte sich im allgemeinen, wie auch sonst beim weiblichen Geschlecht, Hingabe ohne geschlechtliche Erregung, infolge wovon psychische Hemmungen nicht mobilisiert werden. Der Zusammenhang zwischen Geschlechtsverkehr und Schwangerschaft war nicht immer bekannt. Bestand sexuelles Verlangen, so war es die Folge früherer sexueller Attacken, oder es handelte sich um psychisch abgeartete Individuen, frühreife, triebhafte Psychopathen, schwachsinnige Mädchen mit abnormer Triebdynamik. Motiv der sexuellen Preisgabe war meist der Leichtsinn im ungebundenen Verkehr mit dem anderen Geschlecht; der Geschlechtsverkehr gehört zur ganzen Lebensform der Mädchen, der Geschlechtsakt als solcher bleibt mehr oder weniger gleichgültig. Auch bei wiederholtem Verkehr bleiben die Personen oft völlig kalt, was ihnen eine gewisse Machtstellung gibt, durch die sie materielle Vorteile erreichen. Ein Schuldgefühl bei eingetretener Gravidität zeigt sich besonders, wenn der Geschlechtsakt Quelle sexueller Lust war. Bei den jugendlichen Müttern fällt eine Leere des Gefühls gegen den Schwängerer auf; Liebe und Haß, die sich sonst an das sexuelle Früherlebnis knüpfen, fehlen. Mütterliches Gefühl fehlt oft ganz. Die jugendlichen Mütter befanden sich im Gegensatz zu älteren meist im Elternhause, das gegen die sexuelle Abwegigkeit weitgehend nachsichtig, bei eingetretener Schwangerschaft jedoch um so unbarmherziger war. Während im allgemeinen unter den unehelichen Müttern die Dienstmädchen das größte Kontingent stellen, ist das bei den jugendlichen nicht der Fall. Die Väter selbst sind größtenteils auch jugendlich (unter 46 nur 6 über 25 Jahre) und gehören nur ganz vereinzelt sozial höheren Berufen an, so daß die Behauptung der häufigen Verführung durch diese nicht zutrifft. E. Levin-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Der Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nach der zweiten Lesung im bevölkerungspolitischen Ausschuß, von H. Roeschmann-Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 34, S. 1434.) Verf. bekämpft die im § 7 vom bevölkerungspolitischen Ausschuß vorgenommene Veränderung. Durch Einfügung des Wortes „ansteckenden" bei Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane wird den Laienbehandlern wieder Tür und Tor geöffnet, denn sie würden sich, wenn sie sich verantworten sollen, stets damit entschuldigen können, daß sie das betreffende Leiden nicht für ansteckend gehalten hätten. Wird der § 7 so wie ihn der Regierungsentwurf vorsieht, nicht wiederhergestellt, so ist mit Bestimmtheit zu erwarten, daß der Reichsrat das Gesetz nicht genehmigt und es damit wieder zu Fall bringt. Der § 7 des Regierungsentwurfes lautet: Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane ist nur den für das Deutsche Reich approbierten Ärzten gestattet. Jede Behandlung solcher Krankheiten, die nicht auf Grund eigener Wahrnehmung erfolgt, ist verboten. Auch bei anderen Paragraphen sind Änderungen des Regierungsentwurfes vorgenommen worden, so bei § 3, 4, 11, 15 und 15a, die jedoch nicht beanstandet werden. F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. E. Delbanco wurde zum ersten, Prof. P. Mulzer zum zweiten Vorsitzenden der Dermatologischen Gesellschaft Hamburg-Altona gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 6 (Bd. 84) 5. Februar 1927

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL LABORATORIES TO BE REMOVED

Zur Klinik und Serumtherapie des Erysipeloids[1])

Von

Dr. Fritz Callomon in Dessau i. A.

Spielte der Ausdruck „Pseudoerysipel" oder „Erysipeloid" früher die Rolle einer Verlegenheitsbezeichnung für alle möglichen an Erysipel erinnernden Entzündungsprozesse, so wird heute — wenn von „Erysipeloid" gesprochen wird — gemeiniglich die von Tilbury Fox schon 1873 erkannte, in Deutschland zuerst von Rosenbach-Göttingen 1887 beschriebene akute erysipelähnliche Affektion der Finger und Hände gemeint, deren infektiöse Natur sogleich erkannt wurde, ebenso wie ihr fast regelmäßiges Vorkommen bei Personen, die irgendwie mit Fleisch, Wild, Geflügel, Fischen oder Tierkadavern in Berührung gekommen waren. Jeder Praktiker konnte sporadisch derartige Fälle beobachten. Wiederholt aber kam es auch zu Massenbeobachtungen, unter denen z. B. die von Gilchrist mitgeteilte Epidemie von 329 Erysipeloiderkrankungen Aufsehen erregte, die sämtlich bei Fischern auftraten und in 323 Fällen auf den Biß oder sonstige Verletzungen durch Krabben bzw. Krebse zurückgeführt werden konnten. Aus neuerer Zeit braucht nur auf die Sammelbeobachtung Benczes verwiesen zu werden: Gelegentlich einer Schweinerotlaufepidemie vom November 1920 bis Februar 1921 ermittelte er 61 Erysipeloide, später — im Jahre 1924 — in einem entlegenen Meierhofe Ungarns 64 Erkrankungen, die sämtlich bei der Verarbeitung tierischen Fettes (Seifensiederei) zustande gekommen waren. Warsow berichtet über das gehäufte Auftreten von 30 Fällen. Rupprecht macht auf die besonders große Verbreitung des Erysipeloids in Niederbayern aufmerksam, wo es in gewissen Gegenden sogar häufiger vorkomme als das gewöhnliche Panaritium; hier werde sehr viel Schweinezucht getrieben und in kleinen Haushaltungen in jedem Jahre eine oder zwei Hausschlachtungen vorgenommen.

Während Rosenbach den Erreger dieser Affektion in einer Kladothrixart, Cordua in einem weißen Staphylokokkus, Reich die Ursache in „Ptomainen" suchte, steht heute fest, daß das Fingererysipeloid wohl in allen Fällen als humane Infektion mit Schweinerotlaufbazillen anzusehen ist. Dies ist durch neuere Untersuchungen von Günther, Rahm, Gerlach, Bierbaum und Gottron u. a. bestätigt worden. Wir wissen heute, daß nicht nur rotlaufkranke, sondern selbst gesunde Schweine

[1]) In Anlehnung an einen auf der 6. Tagung Mitteldeutscher Dermatologen (5. Dez. 1926) in Magdeburg gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

(„Bazillenträgerschweine") sowie auch andere Tiere den kurzen zarten grampositiven Mikroorganismus beherbergen können; wir kennen sein saprophytisches Vorkommen auf Fleisch gesunder Herkunft, auch der Fische, Schaltiere u. a. Ich behandelte einen Kutscher mit hochgradigem Erysipeloid der rechten Hand, der sich beim Aufsammeln von Knochenabfällen zwecks Transports zur Knochenmühle (Herstellung von Knochenmehl, Leim u. dgl.) geritzt und infiziert hatte. Meist kann man ja in frischen Erkrankungsfällen die Stelle des Infekts in Gestalt unscheinbarer Verletzungen noch ganz gut feststellen. Der Nachweis des Bazillus beim kranken Schwein wie beim Versuchstier ist leicht. Man sieht ihn im Organabstrichpräparat teils einzeln oder auch zu zweien und mehreren angeordnet, nicht selten intraleukozytär; im Gewebsschnitt der Niere und Milz infizierter Mäuse ist er massenhaft zu finden. Er wächst in der Gelatinestrichkultur meist „tannenzapfenartig" oder „gläserbürstenartig" ohne Verflüssigung, bei weiterer Fortzüchtung auch in mutierter Form mit Verflüssigung des Nährbodens. Auf Agar und Blutserum kommt es zu tautropfenähnlichen Kolonien, während die Bouillonkultur leicht getrübt wird und einen weißlichen Bodensatz absetzt. Auch im menschlichen Gewebe ist der Erreger nachgewiesen worden; man muß Randstückchen exzidieren, am besten mit etwas Unterhautfettgewebe, und sie sofort für 24 Stunden in Bouillon einbringen (Düttmann, Diemer, Bierbaum und Gottron). Endlich ist seine Identität mit dem Bacillus murisepticus (Koch), dem Erreger der Mäuseseptikämie, sichergestellt, so daß also Erysipeloiderreger, Bacillus erysipelatis suis und murisepticus völlig miteinander übereinstimmen. Auf die enorme Verbreitung des Bazillus in der Natur, besonders in feuchter Erde und infizierten Flußläufen, seine große Widerstandsfähigkeit gegen Pökeln, Räuchern, Eintrocknen und Fäulnis kann hier nur kurz eingegangen werden.

Zweck der folgenden Ausführungen ist, darauf hinzuweisen, daß

1. das Erysipeloid, so sehr es sich gegenüber dem Streptokokkenerysipel durch einen im allgemeinen milden und gutartigen Verlauf auszeichnet, doch recht häufig zu einer langwierigen und störenden Affektion werden kann, namentlich infolge der Mitbeteiligung der Fingergelenke (Rotlaufarthritis) mit der Neigung zu Rückfällen noch nach Wochen und Monaten;

2. die Lokalisation an Fingern und Händen nicht die einzig und allein vorkommende ist, sondern daß auch extradigitale Infektionen möglich sind;

3. wir in der Serumbehandlung mit Rotlaufimmunserum ein Heilverfahren besitzen, das unter den Praktikern noch viel zu wenig bekannt ist, obwohl es in hartnäckigen Fällen jede andere Behandlung zu übertreffen und gerade auf die Gelenkkomplikation besonders augenfällig einzuwirken vermag.

a) Axhausen hat diese Gelenkaffektion genauer studiert und klinisch definiert; er fand sie bei 75% seiner Erysipeloidfälle. Im akuten Stadium ist die Fingerbeweglichkeit schon durch die erhebliche Schwellung und das periartikuläre Ödem mehr oder weniger behindert; Druck auf den Gelenkspalt oder von beiden Seiten läßt aber meist erkennen, daß auch das Gelenk selbst miterkrankt ist. Im späteren Stadium, bei chro-

Digitized by Google

nisch-rezidivierendem Verlauf, zeigt die Haut meist gar keine sichtbare Veränderung mehr, höchstens noch etwas livide Färbung. Die betroffenen Gelenke erweisen sich in solchen Fällen meist leicht spindlig verdickt, auf Druck schmerzhaft; das Zentrum der Druckempfindlichkeit liegt, worauf Axhausen besonders hinweist, stets im Gelenkspalt, während Druck auf die Phalanx gar keinen Schmerz hervorruft. Es handelt sich um echte Rotlaufarthritis. Ich behandelte die Laborantin eines tierhygienischen Instituts, die sich bei der Herstellung von Rotlaufimpfkultur infiziert und Erysipeloid bekommen hatte. Noch nach 5 und 6 Monaten hatte sie an periodisch wiederkehrenden Schmerzen im Mittel- und Grundgelenk des betroffenen Fingers zu leiden, die zuletzt kaum mehr von sichtbarer Gelenkschwellung begleitet waren, geschweige von Blaurotfärbung der Haut. Eine 50jähr. Frau meiner Beobachtung, die sich am 14. VII. 1926 beim Zerlegen von Seefisch am linken Zeigefinger infiziert hatte, bekam noch am 3. X. ein heftiges Rezidiv, bei dem der Finger blaurot anschwoll, mit erheblichem Druckschmerz im Mittelgelenk. Einen über 5 Monate hingezogenen Verlauf von rezidivierendem Erysipeloid beschreibt jüngst Wise. Eine große Anzahl von Erysipeloiden natürlich verlaufen rasch, innerhalb 5—10 Tagen, und folgenlos.

b) Daß die Ansteckung gelegentlich auch an anderen Körperstellen als den Händen Eingang finden kann, zeigt folgende Tierarztinfektion, deren Kenntnis ich dem Leiter des Bakteriologischen Instituts der Anhaltischen Kreise (Dr. Wolters-Dessau) verdanke:

Am 9. V. 1926 wurde San.-Rat Dr. C.-Hecklingen zum Tierarzt A. gerufen, der sich seit 8. V. morgens nicht wohl fühlte und jetzt eine heftige Rötung und Schwellung am rechten Ohr bemerkte. Pat. gab an, im rechten Gehörgang zuerst brennendes Jucken gefühlt zu haben, dann sei die Ohrmuschel mächtig angeschwollen; starke Schmerzen im Bereich der Nackenlymphdrüsen seien hinzugetreten, so daß er den Kopf steif halten mußte. Schließlich habe ihn ein abends einsetzender Schüttelfrost ins Bett gezwungen; die Nacht verlief schlaflos unter Fiebergefühl. Der Kranke litt schon vorher an Ekzem des rechten äußeren Gehörganges, das er mit Wattetampons behandelte. Während einer Schweineschutzimpfung glaubt er sich dadurch infiziert zu haben, daß der Wattepfropf direkt oder durch Vermittlung seiner Finger mit virulentem Kulturmaterial in Berührung gekommen sei; auch unmittelbare Keimübertragung durch den Finger hält er für möglich. Befund: hochgradige Rötung und Anschwellung der rechten Ohrmuschel, die grotesk vergrößert erscheint wie bei echtem Erysipel; Drüsenschwellung nicht mehr deutlich ausgeprägt. Behandlung: Injektion von 10 ccm Perleberger Immunserum; schon nach 8 Stunden deutliche Besserung des Allgemeinbefindens, die so rasch zunahm, daß Pat. am nächsten Morgen wieder in die Praxis fahren konnte; zugleich schneller Rückgang der Schwellung und Rötung, derart, daß 3 Tage später nichts Krankhaftes mehr am Ohr zu bemerken war.

Hier haben wir das Schulbeispiel einer extradigitalen Rotlaufinfektion. Ähnliche Keimübertragungen kommen vereinzelt auch am Naseneingang vor. Heller wirft gelegentlich der Erysipeloiddiskussion in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft 1924 die Frage auf, ob nicht manche jener blanden Erysipele, die sich so häufig im Gefolge von Nasen- und Unterschenkelulzerationen entwickeln, auch einmal durch Rotlaufübertragung hervorgerufen sein könnten, wobei der Finger als Überträger des bazillenhaltigen Materials in Frage käme. Bencze konnte gelegentlich der anfangs erwähnten Epidemie von 61 Fällen feststellen, daß zwar bei 70% das Erysipeloid an Händen und Vorderarmen lokalisiert war, in den übrigen Fällen aber im Gesicht, an den Füßen und Unterschenkeln, ein-

Digitized by Google

mal sogar bei einem 4jähr. Knaben an der Bauchhaut (bläulichrote Herde bis zu Kinderhandgröße).

c) Wenig befriedigen konnte bis in die neueste Zeit die Therapie. Wenn eine ganze Anzahl von Vorschriften, vor allem Ruhigstellung des infizierten Fingers mit Schienenverband, sowie die große Menge örtlicher Mittel, wie sie aus der Erysipeltherapie bekannt sind — vom Spiritusverband und Ichthyolpräparaten angefangen bis zur zirkulären Umspritzung und Höhensonnenbestrahlung —, gelobt und empfohlen werden, so darf man nicht außer acht lassen, daß viele Erysipeloidfälle auch ohne jegliche Behandlung nach einigen Tagen abklingen. Das erschwert die Kritik des Heilverfahrens. Einen geeigneten Prüfstein bieten daher gerade die länger hingeschleppten Fälle mit ihren Rezidiven und immer wiederkehrenden Gelenkschmerzen oder jene schwer einsetzenden akuten Fälle, die durch direkte Übertragung vom rotlaufkranken Schwein zustande kommen und von denen wir wissen, daß sie in der Regel mit stürmischeren Anfangserscheinungen einhergehen (heftige örtliche Entzündung mit Neigung zu weiterem Fortschreiten bis auf die Arme, Lymphdrüsenbeteiligung, Fieber, Krankheitsgefühl). In derartigen Fällen erweist sich die Serumtherapie als das souveräne Mittel. Von vielen Seiten liegen günstige Berichte vor, mit Hervorhebung des zuweilen überraschenden Augenblickserfolges, auch des vorbeugenden Wertes der Injektion sofort nach der Ansteckung (Tierarztinfektion mit der Kulturspritze). Nur die Möglichkeiten der Serumkrankheit veranlassen einzelne Autoren zu einer gewissen Zurückhaltung. Wie wenig aber dieses Heilverfahren im Kreise der Dermatologen bisher Eingang gefunden hat, beweist z. B. die Erysipeloiddiskussion in der Frankfurter Dermatologischen Vereinigung im Oktober 1925, wo keiner der sechs Diskussionsredner in der Reihe der von ihnen empfohlenen Mittel der Serumtherapie auch nur Erwähnung tut. Von neueren Autoren, die sie mit gutem Erfolg anwandten und empfehlen, nennen wir Elsässer, Pick, Prausnitz, Düttmann, Axhausen, Diemer, Gutsche u. a. Rahm kommt bei einer Nachuntersuchung von 36 im Juli bis Dezember 1923 behandelten Erysipeloiden der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik zu dem Ergebnis, daß die auffallende Seltenheit von Fingergelenkskomplikationen gegenüber ihrem sonst so häufigen Vorkommen durch die seit 6 Jahren dort grundsätzlich durchgeführte Heilserumbehandlung bedingt war. Gerade die vorzügliche Einwirkung auf dieses Krankheitssymptom wird übereinstimmend hervorgehoben. Die Indikationsstellung für die Seruminjektion wird allerdings je nach den Erfahrungen der Autoren hinsichtlich anaphylaktischer Nebenwirkungen weiter oder enger gefaßt. Bierbaum und Gottron vertreten den Standpunkt, ein unkompliziertes Erysipeloid überhaupt nicht dem Risiko der Serumkrankheit auszusetzen, da unangenehme Exantheme doch gar nicht so selten seien; sie empfehlen aber die Behandlung für hartnäckige Gelenkerkrankungen. Einen ähnlichen Standpunkt nehmen Edel und Sonntag ein. Elsässer und Gutsche rühmen den Augenblickserfolg bei frischer Erkrankung in jenen Fällen, die durch Infektion mit hochvirulentem Material erfolgt waren; Gutsche hatte sich selbst bei der Schweineimpfung am Daumen angesteckt und trotz sofortiger Lokalbehandlung eine auf alle Finger, den Unterarm und die Achseldrüsen

Digitized by Google

übergreifende erysipelartige Entzündung zugezogen; sofort nach Injektion von 16 ccm Rotlaufserum trat rasche Abschwellung ein. Das größte Lob spendet Gerlach der prophylaktischen Anwendung des Rotlaufserums unmittelbar nach der Verletzung bei Übertragung vollvirulenten Bazillenmaterials: subkutane oder intramuskuläre Einspritzung von 10—20 ccm Immunserum sollen den Ausbruch der Infektion ganz verhindern; ein Serumexanthem müsse unter solchen Umständen freilich in Kauf genommen werden. Auch Rahm rühmt die prophylaktische Wirkung. Wie lange sie freilich beim Menschen vorhält, darüber liegen bisher keine Untersuchungen vor; beim Schwein ist die Immunwirkung jedenfalls nur auf einige Monate begrenzt. So günstig aber die Berichte bei lokaler menschlicher Schweinerotlaufinfektion lauten, so scheint die Serumbehandlung in jenen zwar überaus seltenen, aber durch ihren schweren Verlauf gefährlichen Fällen von humaner Allgemeininfektion, wie sie z. B. Prausnitz und Sieben beschreiben (septische Erscheinungen, Endokartitis usw.), ganz zu versagen. Von den zur Verfügung stehenden Immunseren nennen wir als die gebräuchlichsten das Höchster Präparat Susserin, das Perleberger Serum, dasjenige der Behringwerke, das Prenzlauer und das Ruete-Enochsche Serum. Gewöhnlich werden 10—20 ccm subkutan, von manchen Behandlern auch intramuskulär, gegeben. Nach Pasteurs Vorschrift würde auf 10 kg Körpergewicht je 1 ccm Immunserum zu dosieren sein, analog den Verhältnissen der Veterinärmedizin. Es gibt auch Autoren, die sich bei der menschlichen Injektion des von den Tierärzten gebrauchten Schweineimmunserums bedienten; Stengel hat es bei vier Kranken angewandt, von denen aber drei Erscheinungen von Serumkrankheit bekamen. Pick stellte durch vergleichende Versuche fest, daß Injektionen von einfachem Pferdeserum (Normalserum) ganz ohne Einfluß waren, während Rotlaufimmunserum binnen 2—3 Tagen den Heilerfolg brachte.

Wenn ich kurz über eigene Erfahrungen mit der Serumtherapie berichte, so geschieht es einmal, um die Einspritzung als ein wenn auch nicht voll befriedigendes, so doch allen anderen Behandlungsverfahren überlegenes Mittel erneut zu empfehlen, dann aber auch um auf die Mängel hinzuweisen, die ihr vorerst anhaften. Auf die Wiedergabe von Krankengeschichten verzichtend, von denen die Literatur genügend Beispiele aufweist, möchte ich nur erwähnen, daß von 11 Erysipeloidkranken meiner Beobachtung (März bis November 1926) 8 Patienten gespritzt wurden: stets war ein überraschender Augenblickserfolg zu vermerken, dreimal ein Dauererfolg mit völligem Rückgang der Krankheitserscheinungen im Laufe von 5—8 Tagen, in 3 Fällen eine unverkennbare Abschwächung des Verlaufs, während es bei zwei anderen Patienten noch nach der Einspritzung zu Rezidiven kam. In sämtlichen gespritzten Fällen außer zweien waren Gelenkschwellungen oder -schmerzen vorhanden, stets mit voller Ausprägung des Axhausenschen Druckschmerzphänomens; der von dieser Komplikation freie Fall zeichnete sich durch besondere Hochgradigkeit der erysipelartigen Entzündung aus. Viermal handelte es sich um akute und subakute, im übrigen um chronisch-rezidivierende Erysipeloide. Die nicht gespritzten Kranken hatten teils die Injektion abgelehnt, teils lagen sehr leichte Ansteckungen vor (zwei Fälle), die in

Digitized by Google

6—8 Tagen spontan abklangen. Am auffallendsten war stets die gewöhnlich schon 12—24 Stunden nach der Einspritzung vom Patienten verspürte Aufhebung des Gelenkschmerzes; das Druckphänomen ließ sich nach 30—36 Stunden entweder gar nicht mehr oder nur geringfügig auslösen. Trotzdem kam es bei zwei Kranken doch wieder zu Rezidiven. Eine 50jähr. Frau, am 14. VIII. infiziert, hatte zuerst die Seruminjektion aus Ängstlichkeit abgelehnt, erbat sie jedoch dringlich, als nach mehrfachen Rückfällen noch 7 Wochen später ein heftiges Rezidiv mit Fingergelenkschmerzen, Rötung und Schwellung auftrat, heftiger und unangenehmer fast als bei der Ersterkrankung. Sogleich nach der Serumspritze ließen Schmerz und Spannungsgefühl nach; tags darauf war der Finger um mehr als die Hälfte abgeschwollen, nach 5—6 Tagen der Rückfall überwunden — dennoch erfolgte 18 Tage später ein neues, obschon milderes Rezidiv mit Gelenkanschwellung und -schmerz. Ähnlich lag der zweite Fall: Die am 12. Tage nach der Ansteckung verabfolgte Injektion bewirkte binnen 24 Stunden unter Nachlassen und Abblassen der Schwellung fast völliges Freiwerden der Fingerbeweglichkeit, die tagelang behindert war; am 5. Tage waren alle Erscheinungen geschwunden. Aber 2 Wochen später flackerte die Rötung — vom proximalen Randbezirk des Ursprungsherdes ausgehend — am Daumengrundgelenk wieder auf und zog sich schleichend auf die Hohlhandseite, später nochmals als schwache fleckige Rötung über den Handrücken hin, um erst nach etwa 3 Wochen unter Abschuppung abzuheilen. Hier kann von Vollerfolgen nicht gesprochen werden; es gibt auch Versager. Überhaupt wäre es verfrüht, die Behandlung mit Immunserum bereits als Panazee der Erysipeloidtherapie zu preisen; ihre Unvollkommenheiten liegen für jeden kritisch eingestellten Behandler zutage. Wir wissen nicht, aus welchen Ursachen in manchen Fällen die im Gewebe persistierenden Erreger dem Angriff der Immuntherapie widerstehen; wir haben auch keine Gewißheit dafür, ob ihre sichere Vernichtung z. B. durch Erhöhung der Immunkraft des Serums erreichbar wäre. Da aber an der Spezifität der Wirkung nach den vergleichenden Behandlungsversuchen Picks u. a. jedenfalls kaum zu zweifeln ist, muß heute jede weitere Vervollkommnung der Serumgewinnung begrüßt werden. Von diesem Gesichtspunkte aus bedienten wir uns eines Immunserums, das neuerdings vom — staatlich anerkannten — Anhaltischen Seruminstitut (Dir.: Dr. Wolters) hergestellt wird: es handelt sich um ein Präparat, das von einem besonders hochimmunisierten Pferde stammt und dessen immunisatorische Kraft von 400 I.E. gegenüber dem staatlich vorgeschriebenen Titer von 100 I.E. es gestattet, für die Humanbehandlung eine stärkere Verdünnung als sonst möglich zu wählen und dabei einen Immuntiter von 200 I.E. zu wahren, zugleich auch das Volumen der einzuspritzenden Dosis gegenüber den üblichen 10—20 ccm auf 6—8 ccm einzuengen. Ein solches Präparat schien uns, abgesehen von der höheren Immunwertigkeit, den Vorteil zu bieten, daß die Gesamtmenge an artfremdem Eiweiß bei der Injektion entsprechend niedrig gehalten wird. Ist doch — wie anfangs erwähnt — die relative Häufigkeit anaphylaktischer Erscheinungen (Serumexantheme, Fieber u. dgl.) für viele Autoren ein Anlaß, den Gebrauch des Serums auf bestimmte besonders hartnäckige Fälle einzuschränken. Auch in meiner Versuchs-

Digitized by Google

reihe blieben derartige Nebenwirkungen nicht aus: das eine Mal zeigte sich am 4. Tage nach der Einspritzung fleckige Rötung des linken Unterarmes und tags darauf mückenstichähnliche Quaddeln im gleichen Bezirk, zugleich eine frische scharfe Randrötung um den völlig abgeblaßten primären Krankheitsherd zirkulär um das Daumengelenk, von flüchtigem Bestand. Ein anderes Mal entwickelte sich folgende eigenartige Reaktion im Umkreis der ehemaligen Injektionsquaddel: eine nach 6 Tagen aufflammende, den von der Einspritzungsflüssigkeit betroffenen ovulären Bezirk mathematisch scharf aussparende Rötung am Unterarm, deren halbmondförmige Konfiguration ganz eigenartig anmutete. Wieder ein anderes Mal rötete sich am 3. Tage nach der Serumspritze die vorher reaktionslose Injektionsstelle unter teigig ödematöser Anschwellung, um schon am nächsten Tage zur Norm zurückzugehen. Alle diese anaphylaktoiden bzw. immunbiologischen Phänomene, in denen sich die Vorgänge der Sensibilisation und Desensibilisation abwechselnd widerspiegeln, bedürfen in vieler Hinsicht noch der Klärung. Schwere Zustände von Anaphylaxie habe ich nie beobachtet; die geschilderten Nebenerscheinungen blieben stets auf das Gebiet des gespritzten Armes beschränkt, und nie kam es zu Störungen des Allgemeinbefindens. Auch Temperatursteigerungen waren entweder gar nicht oder höchstens am Abend des Behandlungstages in geringem Maße zu bemerken. Niemals wurde unterlassen, den Kranken vor der Behandlung zu fragen, ob er früher je mit Diphtherie- oder Tetanusserum u. dgl. behandelt worden sei. Solche Kranke wird man am besten von der Serumtherapie bei Erysipeloid ausschalten. Das Anhaltische Institut ist zur Zeit bemüht, ein hochwertiges Schafimmunserum ad usum humanum herzustellen, um die Immuntherapie auch für solche mit Pferdeserum vorbehandelte Fälle zu ermöglichen. Damit wäre zugleich die Möglichkeit gegeben, in besonders hartnäckigen Fällen unbedenklich auch ein zweites Mal zu spritzen, was ich in den mitgeteilten Fällen mit Rücksicht auf die Anaphylaxiegefahr grundsätzlich vermied. Jedenfalls bietet die Serumtherapie des Erysipeloids dem Behandler ein ebenso interessantes wie dankbares Feld für weitere Untersuchungen; schon heute darf sie als eine Bereicherung der Therapie angesehen werden.

Literatur

Axhausen, Kl. W., 1923, S. 2197. — Benczr, Gyógyászat, 1922, S. 54, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 5, S. 480; sowie Gyógyászat, 1924, S. 468, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 19, S. 408. — Bierbaum und Gottron, Berl. Derm. Ges., Sitz. v. 8. VII. 1924. — Diemer, Kl. W., 1923, S. 1022. — Edel, Nederlandsch Tijdschr. v. Geneesk., Jahrg. 68, S. 452, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 14, S. 215. — Elsässer, Berl. Tierärztl. Wschr., 1921, S. 379. — Gerlach, Seuchenbekämpf., 1925, Jahrg. 2, S. 217. — Gilchrist, Cutan. Diss., 1904, Bd. 22, S. 507. — Heller, Disk. zu Bierbaum und Gottron, Berl. Derm. Ges., Sitz. v. 8. VII. 1924. — Pick, E., Derm. W., 1924, Jahrg. 79, S. 1627, sowie Deutsche Derm. Ges. der tschechoslow. Republ., 22. VI. 1924, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 12, S. 330. — Rahm. Kl. W., 1924, S. 224, sowie M. Kl., Jahrg. 18, S. 1217. — Rupprecht, M. m. W., 1924, S. 590. — Sonntag, Fortschr. d. Ther., Jahrg. 1, H. 3, S. 70. — Warsow, M. m. W., 1924, S. 962. — Wise, Arch. of Derm. and Syph., 1925, Bd. 12, S. 750, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 19, S. 664.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin
(Direktor: Prof. Dr. Löhe)

Erfahrungen mit der Quecksilber-Inhalationsbehandlung der Syphilis nach Spuhl

Von

Julius Springmann

Schon lange, bevor die Syphilis in Europa bekannt war, gebrauchte man rein empirisch als spezifisches Allheilmittel gegen alle Erscheinungsformen dieser Krankheit das Quecksilber.

Dabry (3) berichtet, daß schon im Altertum die Chinesen und Japaner sich des Quecksilbers als Antisyphilitikum bedient haben. Auch in alten persischen, lateinischen und griechischen Schriften finden sich diesbezügliche Angaben, und die alten Inder nennen denjenigen Arzt, der die heilende Wirkung des Quecksilbers kennt, einen Gott.

Die älteste Applikationsform des Hg als Antisyphilitikum war die Einreibung des ganzen Körpers mit Hg-haltigen Salben, die man um so stärker und nachhaltiger gestalten konnte, wenn man sie „zwischen zwei Feuern" „in der warmen Stube" vornehmen ließ.

Es ist daher naheliegend, anzunehmen, daß auch die Eigenschaft des Hg zu sublimieren bekannt war und man rein erfahrungsgemäß bewußt die Einatmung des Hg-Dampfes als den vorwiegend wirksamen Anteil bei der Behandlung der Syphilis benutzte.

Callico (3) berichtet, daß zur Zeit der Kalifen in Cordowa von den Arabern nur die Inhalationsbehandlung angewandt wurde, diese allerdings in außerordentlich barbarischer Weise. „Man hüllte den Patienten in einen Mantel, setzte ihn über ein Kohlenfeuer, über dem Zinnober verdampft wurde. 10 Männer hielten den Mann in dieser Stellung fest. Manchmal starb der Kranke während der Sitzung. Nach der Behandlung war die Intoxikation derartig stark, daß die Zähne aus dem Munde fielen, Fetzen aus den Fleischteilen des Mundes sich loslösten."

Mit der Lues selbst verbreitete sich auch neben den Salbenschmierkuren ihre Inhalationsbehandlung über ganz Europa. Vom Ende des Mittelalters bis in die Neuzeit hinein sind uns eine ganze Anzahl Mitteilungen über Hg-Räucherungen bei Syphilis überliefert.

Der spanische Arzt Diaz de Isla (14) (1462—1542), ein Zeitgenosse des Paracelsus, der selbst das Hg als das Heilmittel der Lues preist, läßt die Kranken die Hg-Einreibungen in einem sehr gut geheizten, niemals gelüfteten Zimmer einige Stunden nach dem Abendessen vornehmen, so daß sie das Zimmer für lange Zeit nicht mehr zu verlassen brauchten.

Der Leibarzt des Papstes Julius III. Vigo (14) verordnet den Kranken Räucherungen mit Zinnober bis zur Salivation.

Ähnliche Angaben finden sich bei Aquila (gest. zu Ferrara 1512), Giacomo Cateneo (um 1500 in Genua), Nicolo Massa (gest. 1569 in Venedig), Carlo Musitano (1635—1714 in Neapel), bei dem Franzosen Didier (gest. 1746), dem Wiener Maximilian Stoll (1742—1787), bei M. Cullerier (Paris 1758 bis 1827), Louvrier (um 1800 in Wien). Diese Autoren ließen teils direkt Räucherungen vornehmen, teils die quecksilberhaltigen Substanzen in der Wärme einreiben, um so eine Verdampfung des Quecksilbers zu erzielen.

Nach Rust (14) (Wien und Berlin 1775—1801) „ist es zuträglicher, wenn die Kranken sich womöglich beständig in der mit Merkuriateilchen geschwängerten Zimmerluft aufhielten und gleichsam von allen Seiten mit Merkur umgeben und durchdrungen werden, wo dann der Eintritt der gewissermaßen animalisierten Mer-

Digitized by Google

kurialatmosphäre in die Lunge gerade die innigste und kräftigste Wirkung veranlaßt und bei ganz gesunden Personen schon nach einem Aufenthalt von wenigen Stunden einen Speichelfluß erwecken könnte".

Aus dem neunzehnten Jahrhundert liegen keine weiteren Angaben über Hg-Räucherungskuren bei Lues vor. Anscheinend hatte die primitive Art der Räucherung mit ihren offensichtlichen Nachteilen für die Patienten, sowie vor allem die Unmöglichkeit, auch nur annähernd die zur Wirkung kommende Menge des Hg zu bestimmen, die Ärzte von weiteren Versuchen abgeschreckt.

Nur auf dem Balkan und auf dem Orient sind heute noch neben anderen primitiven Lebensgewohnheiten auch die Hg-Räucherungen in ihrer ursprünglichen Form in Anwendung geblieben, wie mir Herr Professor LÖHE aus persönlicher Erfahrung mitteilte.

Alle bisher angeführten Räucherungsmethoden waren ebenso primitiv wie gefährlich. Es ist deshalb verständlich, daß die meisten Ärzte sich mit ihr nicht befreunden konnten und die Schmierkur in ihren verschiedenen Variationen, besonders in der nach SIGMUND, bevorzugten.

Eine Reform in der Ausführung der Hg-Räucherungen, die sicher dazu beitrug, das Verfahren den Ärzten vorübergehend wieder ins Gedächtnis zu rufen, wurde durch WERNECK vorgenommen. Dieser ließ „unter dem Sitz der in einem Mantel aus Wachstuch eingehüllten Patienten auf einer Porzellanschale, welche durch eine Spiritusflamme erhitzt wurde, den aufgestreuten Zinnober verdampfen" (zitiert nach PROKSCH) (14).

Inzwischen hatte man experimentell die Frage geklärt, auf welche Weise die Schmierkur ihre Wirksamkeit entfalte, und die Vermutung der Ärzte des Mittelalters bestätigt, daß das Hg bei der Schmierkur fast ausschließlich durch Verdampfung und Einatmung wirksam wird.

WELANDER (11) veröffentlichte 1893 Versuche über die Behandlung der Syphilis „mittels Überstreichens" (nicht Einreibens) mit Merkurialsalbe und fand, daß die Wirkung vollständig unabhängig von der Intensität der Einreibungen war, also nicht mit der Einwirkung auf die Haut, sondern lediglich mit der Verdunstung zusammenhängen könnte. Dies veranlaßte ihn später 1899 (12), eine „einfache, therapeutisch kräftige Methode der Anwendung von Ungt. hydrarg." bekannt zu geben. Sie bestand darin, Säckchen mit grauer Salbe auf der Brust zu tragen. Später setzte er an die Stelle der grauen Salbe ein Hg-Pudergemisch. Dieser Methode sehr ähnlich ist die Anwendung des Merkolintschurzes nach BLASCHKO (1). Beide Applikationsformen, so bestechend sie durch ihre Einfachheit waren, konnten sich aber infolge der Unmöglichkeit einer auch nur annähernd genauen Dosierung des Hg nicht durchsetzen.

Das Interesse für die Hg-Inhalationsbehandlung blieb jedoch rege, besonders nachdem JULIUSBURG 1901 aus der Breslauer Klinik seine Arbeit: „Experimente und Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur" publiziert und experimentell am Hunde bewiesen hatte, daß bei der Einreibung von Hg in die Haut nur Spuren von Quecksilber in den Organen des Tieres gefunden wurden, wenn durch die Versuchsanordnung eine Einatmung des verdampften Metalls verhindert wurde. JULIUSBURG bestätigt damit die von WIENECKE 1893 in einer Würzburger Inauguraldissertation (13) vertretene Ansicht: „Durch die fortwährenden Temperaturschwankungen in den Atmungsorganen und die Tatsache, daß sich Wasserdampf fortwährend in den Schleimhäuten niederschlägt, kann ein besonders leichtes Koerzieren des eingeatmeten Quecksilberdampfes erfolgen. Die sich bildenden kleinsten Metalltröpfchen wandeln sich dann verhältnismäßig leicht in resorbierbare Verbindungen um." Er fand ferner, daß der Teil, der durch die Lunge zur Aufnahme kommt, der beträchtlichere, während der durch die Haut in den Körper gelangende Teil ein ganz geringer, praktisch irrelevanter ist.

Nachdem durch die Experimente von JULIUSBURG erst einmal eine wissenschaftliche Grundlage für die Hg-Inhalationstherapie geschaffen war, setzte sich eine Reihe von Autoren für sie ein und arbeitete entsprechende Methoden für die praktische Handhabung aus.

So hat BURNS (2) im Militärlazarett und in der Privatpraxis etwa 100 Fälle von Lues in verschiedenen Stadien mit Räucherinhalationen eines Präparates „Spirocide" behandelt, das zu 23% aus Hg besteht, und diese Behandlung als eine „sehr einfache und meist effektive" bezeichnet.

Digitized by Google

I. CALLICO (3), der die Hg-Einatmungsbehandlung seit 1915 wieder aufgenommen hat, hält sie für die beste antiluetische Therapie überhaupt, die seiner Meinung nach sogar zur Sterilisatio magna führen kann.

GUTMANN (5) ist auf Grund von experimentellen pathologisch-anatomischen Studien der Ansicht, daß die Hg-Inhalation gute Resultate liefere und nicht giftig oder schädlich wirke. „Das Hg wird prompt von den Lungen resorbiert, in die es als Dampf gelangt, und wird nicht auf die Schleimhäute des Mundes und Rachens niedergeschlagen. Die Lunge ist der gegebene Weg für die Einverleibung des Hg, da die absorbierende Fläche enorm groß ist und das dichte Kapillarnetz die rasche Aufnahme des Dampfes ins Blut fördert, zumal die trennende Endothelschicht nur sehr dünn ist."

Um zu beweisen, daß tatsächlich das Hg bei der Verdampfung intensiv einwirkt, hat GUTMANN diese Inhalationsmethode auch in Tierversuchen erprobt, indem er Meerschweinchen und Kaninchen in Kammern aus Pappkarton Hg-Dämpfen aussetzte. Er fand, daß sich bei den Tieren alsbald merkliches Unbehagen, mangelnde Freßlust, allgemeine Schwäche, starker Gewichtsverlust, Apathie, Schwellung der Parotisgegend, z. T. Speichelfluß und Oligurie einstellten. Die Tiere gingen unter Lähmungserscheinungen oder Krämpfen zugrunde. Ihre Lebensdauer war abhängig von der Häufigkeit der Inhalationen und der Konzentration der Dämpfe.

Pathologisch-anatomisch fanden sich starke Schwellung und Entzündung der Magen-Darmschleimhaut, z. T. mit Geschwürsbildung (besonders im Zökum und Kolon), Veränderung des Nierenparenchyms, Degeneration des Herzmuskels, Hyperämie der Lungen (auch hämorrhagische Infarkte), der Leber, Milz, Nebennieren. Mikroskopisch in allen Organen starke Erweiterungen der Blutgefäße, z. T. auch Thrombenbildung, trübe Schwellung sämtlicher parenchymatöser Organe, in den Nieren fettige Degeneration und Nekrosebildung. Chemisch: Hg in allen Organen, auch im Zentralnervensystem.

Auf den oben genannten Arbeiten von JULIUSBURG fußen auch alle in den folgenden Jahren publizierten Inhalationsmethoden:

THALMANN (9) ließ 1906 „statt größere Hautflächen mit Hg-Salbe zu bestreichen, kleinere Mengen einfach in die Nase einstreichen" (Nasen-Hg-Kur).

CRONQUIST (4), der sich ausdrücklich bei seiner Methode auf THALMANN bezieht, ließ Hg-haltigen Puder schnupfen.

KROMAYER (7) konstruierte ein Jahr später eine mit Hg-haltigem Mull bespannte Gesichtsmaske, die er über Mund und Nase des Patienten anlegen und bei Tage oder Nacht viele Stunden tragen ließ.

BLASCHKO (1) gab kurz vorher seinen Merkulintschurz bekannt, der aus einem nach bestimmtem Verfahren mit Quecksilbersalbe präparierten Gewebe bestand, das auf der Brust als Schurz getragen wurde.

Alle diese Methoden haben sich jedoch, vielleicht nur wegen der Unmöglichkeit, das Hg zu dosieren, nicht einbürgern können, obwohl ja jede Form der Inhalation den einen großen Vorteil gegenüber anderen Applikationsformen des Hg hat, daß bei eintretenden Intoxikationserscheinungen die Hg-Aufnahme mit dem Aussetzen der Räucherungen sofort unterbrochen wird, während aus den Injektionsdepots und den Salbendepots in den Follikeln der Haut noch weiter Hg resorbiert wird.

In jüngster Zeit hat SPUHL, veranlaßt durch Beobachtungen im letzten Kriege, eine Methode ausgearbeitet, die bei größtmöglicher Schonung des Patienten geeignet sein soll, eine ausgiebige und tatsächlich wirksame Hg-Inhalationstherapie mit praktisch ausreichender Dosierbarkeit zu ermöglichen.

Der hierzu von ihm angegebene Apparat besteht aus einem Verdampfungsschälchen über einer regulierbaren Heizvorrichtung. In das Schälchen wird das Hg-haltige Medikament in Tablettenform getan. Die sich entwickelnden Dämpfe steigen in einem als Schornstein dienenden Rohr auf, das durch Vermittlung eines im rechten Winkel dazu angebrachten Ansatzrohres aus Glas diese Dämpfe den Atmungsorganen des davor sitzenden Patienten zuführt. Damit die aufsteigenden Hg-Dämpfe auf dem langen Wege nicht durch die umgebende kühlere Luft ihre Dampfform verlieren und sich an den Wänden des Schornsteins niederschlagen, ist dieser primäre Schornstein von einem zweiten umgeben, in dem die gleichzeitig mit dem Hg erwärmte Luft für die Warmhaltung des Innenrohres dient. Am oberen Ende des äußeren Schornsteins finden sich Abzugsöffnungen für die erwärmte Luft.

Digitized by Google

Die Zusammensetzung der Tabletten gibt SPUHL folgendermaßen an:

Zinnober	0,4
Ferr. pulv.	1,5
Magn. ust.	0,1
q. s. f. tabl.	

Die Beigabe bestimmter Alkalien soll das Auftreten von schädlicher Säure verhindern; das bei der Erhitzung freiwerdende S soll sich mit dem Fe zu FeS verbinden.

Die Inhalation geht derart vor sich, daß der Patient mit leicht geöffnetem Munde in 10—15 cm Entfernung vor dem Apparat sitzt und gleichmäßig ohne Anstrengung atmet.

Die Verhältnisse der Hg-Ausscheidung durch die Nieren sind unter Leitung des Herrn Prof. RONA auf der physiologischen Abteilung des pathologischen Instituts der Charité von Dr. W. KLAUE untersucht worden und hatten folgendes Ergebnis:

Datum der Inhalation	Gewichtsangabe des inhalierten Gemenges	in g des Zinnobers	in g des Hg	Datum des Ausscheidungstages für die Urinuntersuchung	Im Harn nachgewiesene Menge Hg in mg berechnet auf 1 Liter
			Patient Ba.		
bis 15. V. insgesamt inhaliert	22		6,138	16./17. Mai 17./18. „ 18./19. „ 1. Hälfte	etwa 2,0 „ 2,0 negativ
17. V.	2	0,650	0,560	19. „ 2. „ 21. „	1,17 —
			Patient Kl.		
22. Mai	2,0	0,650	0,560	22. Mai	—
23. „	2,0	0,650	0,560	23. „	—
24. „	2,0	0,650	0,560	24. „	—
25. „	2,0	0,650	0,560	25. „	—
27. „	2,0	0,650	0,560	27. „	—
28. „	2,0	0,650	0,560	28. „	1,32
29. „	2,0	0,650	0,560	29. „	2,11
30. „	2,0	0,650	0,560	30. „	2,11
	16,0		4,480		
			Patient S.		
17. Mai	3,5	1,142	0,984	17./18. Mai	—
20. „	3,5	1,142	0,984	20. „	—
21. „	3,0	0,975	0,834	21. „	—
23. „	3,0	0,975	0,834	25. „	—
25. „	3,0	0,975	0,834	26. „	2,55
26. „	3,0	0,975	0,834	27. „	0,91
27. „	3,0	0,975	0,834	29. „	2,46
				30. „	2,33
			6,138		

Die Tabletten hatten damals eine andere Zusammensetzung und anderes Gewicht.

Spezieller Teil

Um die Wirkung der von SPUHL angegebenen Inhalationsmethode zu prüfen, habe ich auf Anordnung des Herrn Professor LÖHE an der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin von Oktober 1925 bis Mai 1926 Untersuchungen an einem größeren Krankenmaterial angestellt.

Digitized by Google

Ich berichte über 100 Fälle, in denen die Quecksilberinhalationen allein oder kombiniert mit Injektionen von Salvarsan in den verschiedenen Stadien der Lues angewendet wurde.

Als vollständige Kur haben wir bis zu 50 Tabletten inhalieren lassen, im Gegensatz zu der anfänglichen, von SPUHL angegebenen Dosierung von etwa 25 Tabletten, die fast niemals zu vollem Erfolge führte. In Fällen, wo eine Inhalationskur von 50 Tabletten nicht zum Ziele führte, die Wassermannsche Reaktion unbeeinflußt blieb oder noch manifeste Erscheinungen vorhanden waren, wurde Quecksilber in anderer Form gegeben. Um ein möglichst klares Bild von der Wirkung der Inhalationen zu gewinnen, fand eine lokale Behandlung der Effloreszenzen nicht statt.

Die Kur wurde so durchgeführt daß die Patienten an den ersten beiden Tagen je eine, dann einen um den anderen Tag je anderthalb und, falls keine Gegengründe, wie allgemeine Schwäche, Unterernährung oder interkurrente Erkrankungen, vorlagen, jeden zweiten Tag zwei Tabletten räucherten.

Der größte Teil der Patienten lag in einem großen, mit Zentralheizung versehenen Saal mit etwa 30 Betten, in dem bei geschlossenen Fenstern die Räucherungen vorgenommen wurden. Lüftung erfolgte nur nachmittags mehrere Stunden, so daß die Patienten fast 20 Stunden die Hg-haltige Luft einatmeten.

Daß die Luft des Saales stark Hg-haltig war, lehrt der folgende Fall: Eine Patientin hatte außerhalb des Krankenhauses eine kombinierte Salvarsanschmierkur durchgemacht; sie wird mit einer ausgedehnten Hg-Dermatitis und Schweißdrüsenabszessen in den Achselhöhlen eingeliefert. Im Urin wurde Hg nachgewiesen. Unter entsprechender Behandlung ging die Dermatitis vollständig zurück. Einige Tage nach dem Abklingen aller Erscheinungen hielt sich die Patientin 15 Stunden in dem Räuchersaal auf, in welchem vormittags die Patienten inhaliert hatten. Am selben Tage trat unter dem Bilde einer universellen, scharlachartigen Rötung der ganzen Haut ein ausgedehntes Rezidiv der Hg-Dermatitis mit starker Halsdrüsenschwellung auf; die anschließende Abszeßbildung machte einen operativen Eingriff notwendig.

Eine andere Patientin, die außer ihrer Lues eine offene Lungentuberkulose hatte, mußte aus dem Inhaliersaal wieder entfernt werden, da sich bei ihr nach Räucherung von nur einer Hg-Tablette noch an demselben Tage eine akute Verschlimmerung ihres Lungenleidens in Form von Atemnot, Stichen in der rechten Seite, vermehrtem, stark eitrigem Sputum und Temperaturerhöhung bis auf 39 Grad einstellte.

Ferner beobachteten wir bei einem Pfleger und einer Schwester, welche die ordnungsgemäße Durchführung der Inhalationen überwachten, Erscheinungen von Hg-Intoxikation. Bei beiden trat Hg-Stomatitis, bei der Schwester außerdem Tonsillitis, verbunden mit Appetitlosigkeit, auffallender Blässe und Abgeschlagenheit auf.

Die Einwirkung der Hg-Dämpfe zeigte sich außerdem in Amalgamierung von Ringen, Armbändern und Zahnersatz aus Gold. Gelegentlich aufgetretene Gesichtserytheme konnten dagegen auf zu große Annäherung an den Apparat während der Inhalation, zu hochgestellte Flamme oder schlechten Brennspiritus zurückgeführt werden.

Unsere Beobachtungen ergeben folgendes Bild:

Lues I.

Insgesamt wurden 11 Fälle mit Primäraffekt, Drüsenschwellung, negativer WR behandelt, davon 2 Fälle (Nr. 1 und 2) ausschließlich mit Hg-Inhalation. Im ersten Falle (daumennagelgroßer Primäraffekt im dorsalen Teil des Sulcus coronarius penis) waren bis zur Überhäutung 8½ Tabletten (12 Tage), bis zum Verschwinden des Infiltrats 12½ Tabletten (16 Tage) erforderlich, im zweiten Falle (halbpfennigstückgroßer Primäraffekt am Frenulum) bis zur Überhäutung 9 Tabletten (11 Tage), bis zum Verschwinden des Infiltrats 15 Tabletten (17 Tage).

8 Fälle wurden kombiniert mit Salvarsan behandelt, und zwar in der Weise, daß am dritten Tage, dem Tage, an dem keine Räucherung stattfand, die erste Dosis (0,15) Salvarsan verabfolgt wurde, und dann in Abständen von 4—5 Tagen die weiteren Dosen, so daß auf eine Kur von etwa 6 Wochen bei 40 Tabletten etwa 4,0 Salvarsan kam.

Von den so behandelten Patienten wurde bei einem (Fall 10) der Primäraffekt

Digitized by Google

exzidiert. Bei drei Patienten (Fall 5, 8 und 9) konnte der Zeitpunkt der Überhäutung nicht genau festgestellt werden, da gleichzeitig Phimose bestand.

In den übrigen 4 Fällen war die Überhäutung vollendet:

In	Fall	4	nach	13	Tagen	(9,5	Tabletten	und	1,2	Salvarsan)
„	„	6	„	15	„	10,5	„	„	1,5	„
„	„	7	„	11	„	7,0	„	„	0,75	„
„	„	11	„	8	„	5,0	„	„	0,3	„

Das Infiltrat konnte nicht mehr nachgewiesen werden:

in	Fall	4	nach	18	Tagen	(13,5	Tabletten	und	1,5	Salvarsan)
„	„	5	„	20	„	10,5	„	„	0,75	„
„	„	6	„	19	„	14,5	„	„	1,5	„
„	„	7	„	15	„	11,0	„	„	0,75	„
„	„	8	„	16	„	13,0	„	„	1,65	„
„	„	9	„	17	„	13,0	„	„	1,65	„
„	„	11	„	14	„	9,0	„	„	1,05	„

Am schnellsten reagierten also auf die Behandlung Fall 11, eine Frau mit 8 Primäraffekten ad labia majora, die binnen 8 Tagen (5 Tabletten und 0,3 Salvarsan) vollkommen überhäutet und binnen 14 Tagen abgeheilt waren.

Durchschnittlich erfolgte die Überhäutung nach 12 Tagen (8 Tabletten und 0,9 Salvarsan) und das Verschwinden des Infiltrats nach 17 Tagen (12 Tabletten und 1,26 Salvarsan).

In den eben angeführten 11 Fällen blieb die WR negativ; nur in Fall 3 wurde sie vorübergehend positiv, um dann wieder umzuschlagen und dauernd negativ zu bleiben.

Lues I/II

Insgesamt wurden 5 Fälle mit Primäraffekt ad genitalia, Schwellung der Leistendrüsen (in Fall 16 bis zu Gänseeigröße) und positiver WR behandelt.

Reine Inhalation wurde bei zwei Patienten angewandt. Im ersten Falle (12) erfolgte die Überhäutung der 5 Primäraffekte ad labia majora binnen 8 Tagen (5 Tabletten), die Abheilung binnen 15 Tagen (13 Tabletten). Im zweiten Falle (13) war nach 21 Tagen (17 Tabletten) kein Infiltrat mehr nachweisbar. Die WR war im ersten Falle nach 22 Tagen, im zweiten Falle nach 16 Tagen negativ.

Kombiniert mit Salvarsan wurden 3 Fälle behandelt. Bei dem ersten Patienten (Fall 15), der mit einem bereits überhäuteten Primäraffekt ad penem zur Behandlung kam, war nach 12 Tagen (7 Tabletten und 0,9 Salvarsan) kein Infiltrat mehr nachweisbar. 14 Tage nach der Aufnahme war die WR negativ.

Im zweiten Falle (14) war der Primäraffekt nach 27 Tagen (21 Tabletten und 1,8 Salvarsan) abgeheilt. Der Zeitpunkt der Überhäutung konnte wegen einer langdauernden Phimose nicht beobachtet werden. Die WR war nach 31 Tagen (25 Tabletten und 2,7 Salvarsan) negativ.

Der dritte Fall (16) war besonders bemerkenswert: Patient W., aufgenommen am 15. I. 26, 2 Primäraffekte auf der Glans und dem inneren Vorhautblatt, Phimose, sehr starker Schwellung der Leistendrüsen (s. o.). Als Patient bereits 30 Tabletten und 2,3 Salvarsan erhalten hatte, die Leistendrüsen wesentlich abgeschwollen, Phimose und Primäraffekte abgeheilt waren, traten am 24. II. 26 regionäre Papeln am Penis (Spir. pall. positiv) und eine Reinduration der Vorhaut auf; am 26. II. 26 bestand vollkommene Phimose, die sich unter der weiteren Behandlung nur allmählich zurückbildete. Bei der Entlassung am 7. IV. 26 hatte der Patient insgesamt 50 Tabletten und 5,05 Salvarsan erhalten.

(Schluß folgt)

Digitized by Google

Die beschwerdenfreie Lumbalpunktion

Von

Dr. Richard Braun in Leipzig

Im Jahre 1917 war ich in einem Lazarett gezwungen, Lumbalpunktionen auszuführen bei Pat. mit epidemischer Meningitis zwecks Liquoruntersuchungen. Da eine übliche Punktionsnadel nicht vorhanden und nicht zu beschaffen war, benutzte ich sterilisierte Kanülen von etwa 8 cm Länge und etwa $^1/_2$ mm Stärke, und zwar ging ich seitlich in den Lumbalsack ein. Ich war überrascht, wie prächtig die Kanülen arbeiteten, wie fast schmerzfrei (ohne Vereisung) der Einstich war und wie reichlich der Liquor hervorquoll. Später benutzte ich wieder die übliche Quinckesche Nadel. Bei einem Fall von Rückgratsverkrümmung bediente ich mich wieder der oben erwähnten dünnen Kanüle und war erstaunt, daß sich keinerlei Meningismus einstellte, obwohl sich der Kranke trotz Verbotes sofort frei bewegt hatte. Seither habe ich in zahlreichen Fällen diese dünnen Kanülen mit bester Zufriedenheit weiter verwendet und habe nie irgend welche von den unangenehmen Beschwerden erlebt, die sich zeitweise trotz zweitägiger strenger Bettruhe, flacher Lagerung der Pat. und Hochstellung der Fußenden des Bettes bei Benutzung stärkerer Kanülen einstellten. Mit meinem vormaligen Chef, Herrn Prof. Rille, besprach ich vor Jahren diese Angelegenheit und verdanke ich ihm diesbezügliche Anregung. Eingegangen bin ich stets seitlich der Wirbelsäule nach folgender Vorschrift:

Man sticht an dem auf der Seite liegenden Pat., wobei sein Rücken stark gekrümmt ist (oder auch am sitzenden Pat.) mit der mit Mandrin versehenen Nadel seitlich vom unteren Rande des dritten Lendendorns ein und sticht die Nadel etwas nach oben medianwärts, und zwar 5—6 cm tief. Ein entsprechendes Zeichen ist an der Nadel angebracht. Im übrigen führe ich die Vorbereitungen zur Lokalisation der Einstichstelle peinlich so aus, wie sie Gennerich in seinem Werke: „Die Syphilis des Zentralnervensystems", S. 122, beschrieben hat. Die Anwendung größter Sorgfalt und Peinlichkeit, sowohl bei der Vorbereitung der Punktion wie bei der Liquoruntersuchung, müssen stets vorausgesetzt sein. Man erhält so nach Herausziehen des Mandrins sofort die Flüssigkeit in Tropfen oder im Strahl. Die jetzt benutzten Kanülen sind die üblichen Rekordkanülen von etwa 6—7 cm Länge und von etwa 0,6—0,8 mm Stärke. Die Kanülen sind spitz ausgezogen. Der Mandrin ist hier natürlich nur ein dünner Draht. Beobachtet habe ich dabei folgendes: Die dünnen Kanülen waren selbstverständlich gut geschliffen; sie wurden nie gekocht, sondern in hochprozentigem Alkohol steril aufbewahrt, und vor allem wurde die Kanüle, sobald sie doch einmal einen harten Teil (knochigen Teil) berührt hatte, sofort wieder herausgezogen und eine andere, parat gehaltene Kanüle zum Eingehen verwendet. Es darf nie Gewalt angewendet werden; ein Abbrechen der Kanüle ist bei Einhaltung obiger Technik nicht möglich.

Digitized by Google

Bei diesem Verfahren habe ich ausnahmslos beschwerdefreie Punktionen erzielt. Dies ist wohl so zu erklären:

Die Quinckesche Nadel ist über noch einmal so stark (1,2—1,6 mm) als die jetzt benutzten. Die Spitze der Quinckeschen Nadel ist aus technischen Gründen kurz geschliffen. Auf die feine Spitze der dünnen Kanülen lege ich besonderen Wert. Durch diese Herabsetzung des Kanülendurchmessers um die Hälfte wird die durchstoßene Kreisfläche der Rückenmarkshaut um das Vierfache herabgesetzt ($r^2\pi$); es wird also eine vierfache Verkleinerung der Punktionsöffnung erzielt. Durch die Quinckesche Nadel entstehen auch beim Durchbohren einer häutigen Membran leicht seitliche Einrisse, wie man sich bei einer Lupenbetrachtung überzeugen kann; dies unterbleibt bei einer dünnen Kanüle mit feiner Spitze. Ein Vergleich bei Durchstoßung eines Bogens Papier mit den zwei verschiedenen Kanülen demonstriert den Unterschied der verdrängten Flächen recht deutlich.

Wenn ich jetzt überlege, daß ich überhaupt bei Punktionen Quinckesche und andere starke Kanülen benutzt habe, so kommt mir dies Verfahren äußerst barbarisch vor. Bei der Empfindlichkeit und Reizbarkeit der Rückenmarkshäute habe ich denselben Eindruck, als ob man z. B. mit einem Besenstiel an die Reparatur eines Uhrgehäuses heranginge. Kann man doch beobachten, daß häufig bei Benutzung einer starken Kanüle zwecks Blutentnahme aus der Ellenbeugvene Blutergüsse ins Gewebe erfolgen, wenn keine Kompression hinterher angewendet wird. Um wieviel mehr können wohl bei einer Punktion mit einer starken Kanüle Schädigungen stattfinden, die die bekannten Unannehmlichkeiten verursachen (örtliche Schmerzen, Meningismus, spätere Kopfschmerzen). Eine Nachprüfung der oben beschriebenen Punktionsmethode mit dünnen Kanülen möchte ich hiermit empfehlen. Weitere Erfahrungen, die ich auf diese Art bei der endolumbalen Behandlung nach Kennerich gesammelt habe, behalte ich mir vor, später zu veröffentlichen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Česká Dermatologie

Jahrg. 7, 1926, Nr. 10

Übertragung des Pemphigus vulgaris vom Kranken auf den Gesunden, von L. Maximčeva-Prag. Die Autorin injizierte sich an zwei Stellen des Oberarms intradermal je 0,1 ccm pemphigiñosen Blaseninhalts. Zuerst entstand an der Injektionsstelle eine Quaddel, die eine Stunde bestehen blieb. 6 Tage später sah man an derselben Stelle zehnhellerstückgroße Blasen auf nicht entzündeter Basis, die Pemphigusblasen vollkommen ähnlich waren. Eine Blase des gleichen Aussehens entstand peripher von der Injektionsstelle, was auf eine Allgemeininfektion hinweist. 14 Tage nach der Injektion entstand ein makulöser Ausschlag am ganzen Köper unter heftigen Allgemeinsymptomen (Schüttelfrost, hohes Fieber, Mattigkeit usw.). In den

Digitized by Google

aus dem Blut gezüchteten Kulturen wurden kleine grampositive, den Streptokokken ähnliche Kokken gefunden; die aus dem Blaseninhalt angelegten Kulturen blieben steril. Das Nässen an den der Blasendecke beraubten Stellen dauerte über einen Monat. Diese Stellen sind pigmentiert, an den Injektionsstellen befinden sich Narben. Weitere Experimente wurden aus äußeren Gründen unterlassen, so daß die Frage, ob es sich um Pemphigus oder Sepsis handelte, offen bleibt.

Therapie der Verbrennungen mit Ichtoxyl, von M. Lulay-Prag. In der Klinik Samberger wurde mit Ichtoxylsalbe bei 60 Fällen von Verbrennungen aller drei Grade ein rasches Verschwinden aller Beschwerden erzielt. In überraschend kurzer Zeit gehen die objektiven Entzündungserscheinungen zurück, und die Heilung des lädierten Gewebes geht so auffallend rasch vor sich wie nach keinem anderen Präparat. Die Ichtoxylsalbe ersetzt jede keratoplastische Salbe. Auch der kosmetische Effekt war ein hervorragend guter.

Neue Antiluetika, von J. Crha-Prag. Sulfotreparsenan ist ein guter Ersatz der Präparate vom Typus 914 überall dort, wo diese aus äußeren Ursachen nicht intravenös angewendet werden können, sodann dort, wo man aus irgend einem Grunde zu weniger toxischen Mitteln greifen muß. Sulfotreparsenan ist entschieden besser als die Glukose enthaltenden Präparate 914, die zur intramuskulären Anwendung empfohlen wurden, weil die intramuskuläre Injektion des Sulfotreparsenans bedeutend weniger schmerzhaft ist. Schließlich hat das Treparsenan seine unbestrittene Bedeutung in der Säuglings- und Kinderpraxis.

Automat mit prophylaktischen Mitteln gegen Geschlechtskrankheiten, von A. Měska-Košice-Kaschau. Autor verlangt die Aufstellung von Automaten mit prophylaktischen Mitteln in Bedürfnisanstalten (auch Bahnhöfen, Apotheken, Hotels, Internaten usw.). Der Automat würde kostspielige Lokalitäten und deren Erhaltung ersparen. Die Bedürfnisanstalt ist ein geeigneter Platz zur Vornahme der Desinfektion; auch könnten zu jeder Zeit Medikamente von dort entnommen werden. Die Belehrung besorgt eine beigelegte Anleitung. Der Automat könnte auch die Adresse der nächsten Beratungsstelle angeben, wodurch dieser Material zuströmen würde. Erhalten und amortisieren würde sich der Automat durch die eingeworfenen Münzen. Dem Mißbrauch der Einrichtung könnte man dadurch vorbeugen, daß die Automaten Eigentum der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wären. Die Bedienung mehrerer Automaten würde der Angestellte der Beratungsstelle besorgen. G. Mühlstein-Prag.

Jahrg. 7, 1926, Nr. 11

Therapie der Gonorrhoe, von F. Kogoj-Agram. Keines der bis heute angewendeten Antigonorrhoika entspricht den drei Neisserschen Postulaten: Bakterizidie, Gewebsindifferenz und Tiefenwirkung. Um diesen möglichst nahezukommen, wird die Kombination von Targesin mit Transargin vorgeschlagen, da beide bakterizid sind, und das erste vollkommen reizlos, das andere tiefwirkend und wenig reizend sein soll. — Auch Methoden, die auf direkte Bakterizidie ganz verzichten (Nährbodenverschlechterung für Gonokokken, Pellidol), können günstige Resultate bei der Lokalbehandlung zeitigen. Die Besredkaschen Versuche mit „spezifischen Verbänden" könnten vielleicht für die Prophylaxe der Blennorrhoe verwertet werden, wenn ihre theoretischen Grundlagen sich als wahr erweisen. — Bei der Urethritis gonorrhoica handelt es sich nicht nur um eine gleichzeitige, sondern auch um eine gleich wichtige Urethritis und Glandulitis (in Betracht gezogen sind die kleinen Drüsen der vorderen Harnröhre, deren Anatomie besprochen wird). Eine Tiefenwirkung, speziell eine „Drüsenwirkung", kommt unseren Antigonorrhoizis nicht zu, und dies schon aus dem Grunde nicht, weil eine solche durch die anatomischen Verhältnisse unmöglich gemacht wird. Verf. schlägt eine als mechanisch-biologisch bezeichnete Blennorrhoetherapie vor: Nach der möglichst frühzeitig erfolgten topischen Diagnose wird systematisch die Expression nach Picker ausgeführt, wobei die sofort vorzunehmende Reinspülung der Abführwege mit einem reizlosen Antigonnorrhoikum unter Verzicht auf jede „Tiefenwirkung" zu folgen hat. Dieses Vorgehen wird mit einer auf lokale (Pellidol) und allgemeine (Proteinkörper, Vakzinen) Steigerung der Abwehrkräfte hinzielende Therapie kombiniert. Liegt keine Adnexitis vor, kann die letztere Maßnahme entfallen.

Bakterizide Eigenschaften des Ichtoxyls, von K. Procházka-Prag. Das Ichtoxyl ist ein ausgezeichnetes kapillarotonisches Mittel, aber auch beim Erysipel und super-

Digitized by Google

fiziellen Staphylodermatitiden. Die bakterizide Kapazität ist fast ebenso groß wie jene der Salizylsäure: eine 10%ige Ichtoxyllösung tötet in vitro Staphylokokken binnen 30 Minuten. Im lebenden Organismus ist diese bakterizide Eigenschaft so wie jene der Salizylsäure noch größer. Eine Kombination beider Medikamente in Form einer Salbe (1:10) liefert das beste Mittel bei den superfiziellen Staphylodermatitiden.

Gold in der Therapie der Hauttuberkulose, von M. Pokorná-Prag. Gute Erfolge bei Lupus vulgaris und erythematodes. Ein großer Nachteil ist die Toxizität. Man muß daher streng individualisieren und mit größter Vorsicht dosieren. Bei anderen Dermatosen war der Erfolg fast vollständig ausgeblieben.

G. Mühlstein-Prag.

Dermatologische Zeitschrift

1926, Bd. 49, H. 3

Gibt es eine Lamasyphilis?, von E. Hoffmann und E. Zurhelle, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 129. Sämtliche Versuche, ein junges Lama syphilitisch zu infizieren, verliefen ergebnislos. Auch für Kulturversuche erwies sich das Lamaserum nicht geeigneter als menschliches oder Kaninchenserum. Die Behauptung der argentinischen Ärzte Jauregui und Lancelotti, das Serum geimpfter Tiere enthalte Heilstoffe, konnte nicht bestätigt werden.

Die lokale elektrosmotische Hautvertaubung, von H. Rein, Physiol. Inst. Freiburg i. Br. S. 134. Zur Hautvertaubung hat sich folgende Lösung bewährt: Cocain. pur. (freie Base) 2,0, Alkohol 80% ad 100,0. Vor Gebrauch setzt man jedem Kubikzentimeter der Lösung 1 Tropfen 1‰ige Adrenalinlösung hinzu. Die zu anästhesierende Hautstelle wird mit Alkohol gereinigt, und darauf ein mit der Lösung getränktes Blatt aschefreien Filterpapieres gelegt. Auf dieses Blatt wird dann die aus dünnem Zinkblech bestehende differente Elektrode aufgesetzt, die mit dem positiven Pol der Stromquelle verbunden wird. Das Filterblatt muß 1—2 mm das Zinkblech überragen und wird während der Durchströmung mittels einer feinen Pipette feucht gehalten. Als indifferente Elektrode dient ein großes Hand-Unterarmbad von 1% NaCl. Zur Erreichung einer vollständigen Anästhesie ist eine Stromstärke von 0.3—0,5 Milliampere pro 1 qcm der differenten Elektrode erforderlich. Dauer der Durchströmung 8—10, höchstens 12 Minuten. Die Anästhesie hält bei normaler Haut 3—8 Stunden vor.

Experimentelle und theoretische Grundlagen zu einer rationellen Gleichstromtherapie, von H. Rein, Physiol. Inst. Freiburg i. Br. S. 137. Durch Gildemeisters Forschungen wissen wir, daß die während jeder Gleichstromdurchströmung zu beobachtende Stromstärkenzunahme durch langsames Schwinden einer erheblichen gegenelektromotorischen Kraft bedingt ist, die zunächst durch den Durchströmungsstrom verursacht, diesen selbst schwächt. Ostwalds Untersuchungen haben gezeigt, daß die hohen Gegenpotentiale ein Zeichen dafür sind, daß die Haut hochgradig undurchlässig für Ionen ist. Verf. selbst hat gefunden, daß die Ionendurchlässigkeit der Haut keine absolute Größe darstellt, die in der Haut allein ihre Ursachen hat. Sie läßt sich durch die Wahl entsprechender Ableitungslösungen weitgehend ändern. Andererseits verhält sich auch die Haut unter gleichem Ableitungsbedingungen nicht immer gleich. Von bedeutendem Einfluß auf die Ionendurchlässigkeit der Haut ist die Konzentration eines Elektrolyten in der ableitenden Lösung. Je konzentrierter die Lösung, desto größer die Ionendurchlässigkeit der Haut. Auf Grund dieser Tatsache wäre zu erwarten, daß z. B. bei Verwendung einer konzentrierten Kokainlösung und bei größerer Stromstärke die Anästhesie stärker als bei Anwendung einer verdünnteren Lösung ausfallen würde. Jedoch gerade das Gegenteil ist der Fall. Zur Erklärung dieses Vorganges zieht Verf. die Elektroendosmose heran, d. h. die Förderung von nicht elektrolysierter Lösung in die Gewebe. Daß in der Haut Elektroendosmose möglich ist, hat Verf. nachgewiesen. Die Einwanderung der Lösung erfolgt hierbei namentlich durch Drüsen und Follikel. Für das Zustandekommen der Elektroendosmose an der Haut gelten folgende Leitsätze: 1. Je geringer in einer neutralen Lösung das Leitvermögen, um so intensiver ist die Elektroendosmose. 2. Mit steigender Salzkonzentration erfolgt Abnahme der E.O. 3. Durch Säuren und dreiwertige Kationen wird die E.O. gehemmt, ferner erfolgt Umkehrung der Richtung. Der Strom wird anodisch gerichtet. Man wird somit bei

Digitized by Google

Einführung von Lösungen, deren wirksames Ion Kation ist, jene möglichst schlecht leitend machen, was durch Wasser, Alkohol, Zuckerlösung als Lösungsmittel leicht erreicht werden kann und eine Lösung anwenden, die keine Säuren und mehrwertige Kationen enthält. Will man Anionen einverleiben, für die die Haut normalerweise undurchlässig ist, so wird man sie von der Kathode her einführen und hochkonzentrierte Lösungen wählen, oder man nimmt Stoffe in saurer Lösung, wodurch die E. O. umgekehrt wird, oder Lösungen mit mehrwertigem Kation.

Kann das Hautpigment durch Pityriasis versicolor beeinflußt werden? von R. Polland-Graz. S. 146. Verf. hat in einem Fall lange bestehender bzw. oft rezidivierender Pityriasis versicolor echte Leukodermaflecke an den befallenen Stellen entstehen sehen. Sie nehmen bei Sonnenbestrahlung nur schwer Pigment an, verlieren es rascher als die normale Haut und sind auch im Winter erkennbar. Verf. glaubt, daß die Stoffwechselprodukte des Microsporon furfur die Schädigung des Pigmentapparates verursacht haben.

Studien zur Jodausscheidung, von J. K. Mayr, Univ.-Kl. u. Polikl. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten München. S. 153. Ist tertiärluetisches Gewebe im Organismus vorhanden, so werden im Durchschnitt in 120 Stunden nur 50% oder noch weniger des aufgenommenen Jodes ausgeschieden gegenüber 75% beim gesunden Individuum. Tuberkulöses Gewebe speichert Jod in wesentlich geringeren Mengen als tertiärluetisches. Liegen sekundäre Erscheinungen vor, so kann Jod in mäßigen Mengen zurückgehalten werden. Bei Lues latens scheint dies nur in der Spätlatenz und nur unregelmäßig der Fall zu sein. Gibt man kleine Joddosen, so hält das jodspeichernde Gewebe wesentlich weniger Jod zurück, als wenn man große einmalige Jodmengen verabreicht. Man wird daher bei Beginn der Behandlung große Dosen Jod bis zur Grenze der Verträglichkeit geben müssen, um kräftige Wirkung zu erzielen.

Zur Biochemie der Hauttuberkulose. I. Die Atmungsgeschwindigkeit der tuberkulösen Haut, von N. Melczer, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Budapest. S. 160. Mittels der Lipschitzschen Dinitrobenzolmethode wurde neben normaler Haut die Haut von 17 Lupus vulgaris-, 4 Tuberculosa verrucosa cutis- und 3 Skrofulodermafällen untersucht. Es ergab sich, daß die Nitroreduktion des tuberkulösen Gewebes und auch dessen O_2-Atmung größer als die der normalen Haut ist. Die Gewebsatmung bei L. vulg. war etwa 46%, bei Tbc. verrucosa 60%, bei Skrofuloderma 55% größer. Die Atmungsdifferenz zwischen L. vulg. und den anderen tuberkulösen Gewebsarten ist wahrscheinlich dem größeren Epithelreichtum der Tbc. verrucosa zuzuschreiben und bei Skrofuloderma den trotz Auswaschung nicht mehr vollständig entfernbaren, lebhaft atmenden Blutzellen. F. Harry-Wiesbaden.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

1926, Bd. 67, H. 4

Biologische Untersuchungen über die Ansteckung mit Lepra (Ätiopathogenese und Lymphdrüsen) (Ricerche biologiche sull' infezione leprosa [etiopatogenesi e linfoghiandole]), von A. Serra, Derm. Univ.-Kl. Cagliari. S. 1109. Aus dem Worte Ätiopathogenese mag man ersehen, daß die medizinische Wissenschaft nicht nur in Deutschland furchtbare Wortbildungen erfindet. Bericht über 33 Kranke verschiedener Lepraformen. Häufiger Bazillenfund in den geschwollenen Lymphdrüsen, in den Inguinaldrüsen fast regelmäßig. Nasensekret seltener. Jodreaktion vermehrt usw. Drüsenpulpa ergab die gleichen Resultate wie Drüsensaft; es kam vor, daß die Untersuchung ein positives Ergebnis hatte, wo die Sekretuntersuchung negativ verlaufen war. Der Nachweis aus dem Blute gelang nur in $^1/_{10}$ der Fälle. Im Fingerbeerenblut und im Blut aus normaler Haut und entfärbten und dunkelgefärbten Flecken lassen sich nie Bazillen finden, regelmäßig aber im Blut junger Knoten. Familienangehörige und Pfleger wiesen Drüsenschwellungen und in den Drüsen Bazillen auf. Viermal späteres Auftreten von Lepra (nach 3, 5 und 15 Monaten und nach 7 Jahren). Vielleicht können die Bazillen ein ganzes Leben lang latent in den Drüsen verweilen; vielleicht heilt diese Drüsenlepra vielfach noch aus. Die gleiche Latenz beobachtet man auch bei der Rattenlepra.

Beobachtungen über die angenommenen ätiologischen Beziehungen zwischen endokrinen Störungen und Psoriasis (Osservazioni sui supposti rapporti eziologici fra

Digitized by Google

alterazioni endocrine e psoriasi), von A. Radaeli, Derm. Univ.-Kl. Genua. S. 1130. Es wird über 3 Fälle von Psoriasis berichtet, welche mit den modernen Methoden genau untersucht worden sind. Die Haut von Psoriatikern reagiert auf ultravioelttes Licht nicht anders als normale Haut. Ebenso ist es mit der Fähigkeit zur Pigmentbildung, gleichviel ob man Licht oder chemische Mittel, wie Chrysarobin, verwendet. Wenn man als Ursache der Psoriasis endokrine Störungen annehmen will, so kann doch nicht die Thymus allein die Ursache sein. Allerdings könnte auch in solchen Fällen daneben ein Hypothymismus bestehen, der sich der Beobachtung entzieht; ein solcher ist denn aber auch nicht mit Sicherheit zu diagnostizieren. Auch die Erfolge der Thymusbestrahlung beweisen nichts, da sie sich auch anders erklären lassen. Radaeli hat wohl in allen 3 Fällen nach Röntgenbestrahlungen Neuausbruch des Leidens gesehen, aber nur in einem Falle ist Monate später es zur länger dauernden Gesundung gekommen. Aber auch dieser Fall ist zweifelhaft (Sonnenbadwirkung? Zufällige Intermission?).

Systematisierte Vitiligo in der Schwangerschaft mit Zeichen von Funktionsschwäche der Nebennieren (Vitiligine sistematizzata comparsa in una donna gravida avente segni di ipofunzione surrenale), von M. Artom. Auftreten eines breiten pigmentlosen Bandes in der Bauchgegend entsprechend den zwei letzten dorsoabdominalen Metameren. Daneben Zeichen einer verminderten Nebennierentätigkeit: Braunfärbung der übrigen Haut, geringer Blutdruck, Sergents weiße Linie, Eosinophilie, Asthenie, Abulie, gastrische Krisen, Vagotonismus. Verf. hält die Vitiligo für eine Folge gestörter Sympathikusfunktion und diese wieder für eine Folge der Nebennierenstörung, welche ihrerseits durch die Schwangerschaft hervorgerufen sein dürfte.

Beitrag zur Kenntnis der Urticaria factitia und der Urtikaria (Contributo alla conoszenza del dermografismo pomfoide e dell' urticaria), von F. Flarer, Derm. Univ.-Kl. Pavia. S. 1160. 3 Fälle, jeder ausgezeichnet durch Vagotonismus, speziell im kerato-vaskulären und sekretorischen Gebiet. Verf. ist geneigt, diesem eine wesentliche Bedeutung zuzusprechen. Auf dem Boden der allgemeinen und örtlichen Sensibilisation und Anaphylaxie können sich Hauterscheinungen entwickeln.

Beitrag zur Frage der Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta (Nicolas und Favre) (Contributo alla quistione della linfogranulomatosi inguinale subacuta [Nicolas e Favre]), von G. Bertaccini, Derm. Univ.-Kl. Genua. S. 1178. 3 Fälle. Fall 1: Vielfache Geschwüre an Geschlechtsteilen und After; in der Folge vielfache Schwellungen der Inguinal- und Kruraldrüsen mit langsamer Entwicklung, teilweiser Erweichung und langwieriger, jeder Behandlung spottender Fistelbildung. Forschungen nach der Ursache ergebnislos. Keine Syphilis, Tuberkulose oder andere Krankheiten. Mikroskopisch: In jungen und alten Drüsenschwellungen massenhafte Plasmazellen, in anderen tuberkelähnliche Bildungen mit Riesenzellen, keine Eiterherde, keine Verkäsung. Neigung zur bindegewebigen Umwandlung. Keine chromophilen Körperchen. Fall 2 und 3: Die Erscheinungen weniger auffallend und nicht so langwierig, wenn auch weniger akut als bei richtigen venerischen Bubonen. Hier Initialgeschwüre an den Geschlechtsteilen, welche klinisch und histologisch scharf von venerischen und anderen Geschwüren abzutrennen sind: knotenförmige Infiltrate, oberflächliche Substanzverluste, reichliche Plasmazellenbildung und in einen Fall: Riesenzellenbeimengung. Es dürfte sich hier eher um Erstlokalisation als um Eingangspforten des fraglichen Giftes handeln. Eine Ursache wurde auch hier nicht gefunden.

Beitrag zum Studium der lichenoiden Ausschläge nach Arsenobenzolkuren (Contributo allo studio degli esantemi lichenoidi dopo cure arsenobenzoliche), von E. Freund. S. 1198. 38jähriger Mann. Während der vierten Neosalvarsanbehandlung heftig juckender Ausschlag auf Haut und Schleimhäuten. Beginn mit einer bohnengroßen Effloreszenz in der linken Flanke. Schnelle Ausbreitung über die ganze Haut, symmetrische Verteilung, klinisch und histologisch fast vollständig das Bild eines regelrechten Lichen ruber in seinen verschiedenen Formen. Fieber. Arsen nur im Urin nachgewiesen. Allmählich pemphigoider Charakter der Haut- und Schleimhauteffloreszenzen. Selbstmord. Bei der Sektion wurde fettige und parenchymatöse Entartung der Leber gefunden. Thiosulfatinjektionen brachten nur vorübergehend etwas Erleichterung. Die Lebererkrankung betrachtet Freund als Folge der Neosalvarsaninjektion.

Digitized by Google

Die Wassermannsche Reaktion, ausgeführt mit dem Rheometer Vernes an frischen Sera, deren hämolytisches Vermögen gesättigt ist (La reazione Bordet-Wassermann, eseguita col rhéomètre del Dott. Vernes, su sieri freschi saturati nel potere emolitico naturale per montone), von G. Petragnani, Hyg. Univ.-Inst. Siena. S. 1227. Das Antigen Bordet-Ruelens ist ausgezeichnet, besonders wenn es ohne Alkohol und frisch bereitet verwendet wird. In zahlreichen Fällen, in welchen andere alkoholische Herzantigene unspezifische Reaktion geben, ist es empfindlicher. Verwendet man nur ein Antigen, empfiehlt es sich, zwei Dosierungen zu wählen, die eine nahe dem Minimum, die andere nahe dem Maximum. Aber auch da ergibt manche zweifellose Syphilis ein negatives Resultat. Wird die Wassermannsche Reaktion mit dem Rheometer ausgeführt, so ist sie bei geeigneter Versuchsanordnung und Aufmerksamkeit genauer, leichter und schneller auszuführen, auch für Ungeübte. Die Beachtung der Reinlichkeit der Gefäße ist auf die Reinlichkeit des Reagenzglases beschränkt, wodurch Zeit und Kosten gespart werden. Frisches und aktives Serum ist zu vermeiden, weil es der Reaktion viel an ihrer Empfindlichkeit nimmt, gegenüber einem Serum, das ½ Stunde bei 56° inaktiviert worden ist. Auch bei mehrtägigem Aufenthalt im Eisschrank ist es nicht anders; denn das menschliche Serum hat zwar weniger Komplement als das des Meerschweinchens, aber es ist stabiler. Der gebräuchlichen Verwendung inaktivierter Sera ist es vielleicht zuzuschreiben, wenn einzelne der Wassermannschen Reaktion geringeren Wert als der DMR, der SGR oder der MTR zugeschrieben haben. Blutserum, dessen hämolytisches Vermögen gegen Hammelblutkörperchen ad maximum gesteigert ist, macht die Reaktion besonders empfindlich und für die Diagnose brauchbar. Man muß jedoch eine kleine Dosis von Serum verwenden, im Anfang die Hälfte von dem, was man von gewöhnlichem inaktiviertem Serum nimmt. Solche gesättigten Sera bewahren, steril in zugeschmolzenen Glasröhrchen aufgehoben, ihre Empfindlichkeit für die Komplementbindung. Über das Instrument und die Technik seiner Anwendung ist das Nähere in der Arbeit nachzulesen.

Die Arnethsche Formel bei frischer Syphilis und in Beziehung zu endovenösen Injektionen von Arsenobenzolen (La formula di Arneth nella sifilide recente ed in rapporto alle iniezione endovenose di preparati arseno-benzolici), von U. Cerchiai, Derm. Univ.-Kl. Florenz. S. 1249. Versuchsgegenstand waren Primäraffekte und rezente Syphilis. In der Mehrzahl der Fälle beobachtete Cerchiai Lymphozytose und eine Verschiebung der Arnethschen Formel nach links. Beziehungen zur WR ließen sich nicht feststellen. Nach jeder Injektion wurde eine Vermehrung der Leukozyten und gleichzeitig eine Verschiebung der Formel nach links beobachtet. Verf. ist nicht geneigt, die Vorgänge auf Gleichgewichtsstörungen der Säfte zurückzuführen.

Weitere Beobachtungen über das Verhalten des menschlichen Serums in vitro und unter dem Ultramikroskop bei Gegenwart von Arsenobenzolen (Ulteriori osservazioni sul comportamento del siero umano in vitro e all' ultramicroscopio in presenza di arsenobenzoli), von A. Crosti, Derm. Univ.-Kl. Mailand. S. 1266.

A. v. Notthafft-München.

The American Journal of Syphilis

1926, Bd. 10, Nr. 2

Further Contribution to the Problem of Conjugal Syphilis of the Nervous System (Weiterer Beitrag zum Problem der Syphilis des Nervensystems bei Eheleuten), von A. Gordon-Philadelphia. S. 201. Es werden 4 Fälle berichtet, bei denen der Ehemann die Syphilis in die Ehe gebracht hatte, im Verlauf der Ehe an Nervensyphilis erkrankte, und auch die Frau bald darauf entsprechende nervöse Nervensymptome aufwies.

Recurrent Early Syphilis (Rückfälle bei Frühsyphilis), von Ch. C. Dennie-Kansas City. S. 205. Die eingehenden Beobachtungen des Verf. haben ergeben, daß Rezidive nach frühzeitiger Behandlung aus folgenden Gründen auftreten: bei ungenügender Behandlung, bei einem Fehler in der Indikationsstellung in der Abortivkur, durch Beginn mit Salvarsan bei Ausbruch des Exanthems oder kurz vor dem Ausbruch und schließlich bei Verwendung von zu kleinen Salvarsandosen. Zur Behandlung des Exanthems empfiehlt Verf. Verwendung von hohen Salvarsan- und Quecksilberdosen.

Digitized by Google

A Study of Tests from Syphilitic Patients; Histological and Inoculation Experiments (Untersuchungen an Hoden von syphilitischen Patienten. Histologische und Impfungsversuche), von E. R. Salecby-Philadelphia. S. 1215. 40 Hoden wurden untersucht; 23 davon wiesen die üblichen syphilitischen Veränderungen auf. Spirochäten waren nur bei einem 7 Monate alten Fötus nachzuweisen. Die Emulsion von 8 Fällen wurde 8 Kaninchen injiziert, und die Tiere wurden 4 Monate lang beobachtet. In keinem Falle entwickelten sich Syphilome.

Generalised Cutaneous Syphilis: Clinical Differentiation. IV. Palmar Secondary Syphilids (Allgemeine Hautsyphilis. Klinische Differenzierungen. Die sekundäre Syphilis der Palmarfläche), von H. Goodmann-New York. S. 222. Nichts Neues.

The Treatment of Syphilis of the Central Nervous System (Die Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems), von F. J. Farnell. S. 236. Verf. hat die extradurale Anwendung des salvarsanhaltigen Serums eingeführt. Das Serum wird auf folgende Weise gewonnen. 15 Minuten nach der intravenösen Salvarsaninjektion Blutentnahme in sterile Röhrchen, die über Nacht in den Eisschrank gestellt werden. Dann Zentrifugieren, Abpipettieren des Serums in 25-ccm-Ampullen, die zugeschmolzen 1 Stunde lang in ein Wasserbad von 55° C gebracht werden. — Bei intervertebraler Neuritis injiziert Verf. 20—50 ccm isotonischer Kochsalzlösung in den Epiduralraum.

Treated and Mistreated Syphilis (Behandelte und mißhandelte Syphilis), von A. B. Jackson-Washington. S. 246. Nichts Besonderes.

Rectal Pathology Caused by Syphilis (Erkrankungen des Rektums infolge von Syphilis), von J. F. Montague-New York. S. 254. Der Primäraffekt des Rektums und der Analgegend ist relativ selten, doch wird er noch immer häufig übersehen. Verf. rät dringend zur Untersuchung jeder verdächtigen Erosion auf Spirochäten. Sehr häufig sind Erscheinungen des Sekundärstadiums und besonders der breiten Kondylome. Im tertiären Stadium tritt manchmal eine proliferierende Proktitis auf, am häufigsten jedoch ist das Gummi, und zwar in der Submukosa des Rektums. Verf. ist der Ansicht, daß kaum die Hälfte aller Rektenstrikturen durch Lues verursacht sind und die übrigen von anderen Prozessen ausgehen.

Results with Tryparsamide in the Treatment of Neurosyphilis (Resultate mit Tryparsamid bei der Behandlung der Neurosyphilis), von L. Berg-New York. S. 261. Einer Reihe von Autoren folgend, die dem Arsen eine stärkere penetrative Fähigkeit in Form des Tryparsamid zuschreiben, hat Verf. seine Versuche angestellt. Er hatte in mehr als 40% von nicht besonders ausgesuchten Fällen den Erfolg einer bedeutenden klinischen Besserung. Rückgang der Zellzahl im Liquor, oft von hohen Werten auf Null. Auch nach Eintritt von Besserung muß die Behandlung fortgesetzt werden.

The Newer Viewpoints in the Treatment of Syphilis (Die neuen Gesichtspunkte bei der Behandlung der Syphilis), von M. Scholtz-Los Angeles, Kalif. S. 273. Nichts Neues.

The Clinical Significance of an Incomplete Wassermann Reaction (Die klinische Bedeutung einer inkompletten Wassermann-Reaktion), von J. S. Lawrence-Albany, New York. S. 292. Verf. verlangt genaueste klinische Untersuchung aller Fälle, in denen die Reaktion auch nur schwach positiv ausfällt.

The Vernes Flocculation Test as an Accessory Serologic Guide in the Combat Against Syphilis (Die Vernessche Flockungsreaktion als serologisches Hilfsmittel im Kampf gegen die Syphilis), von A. B. Baylis, A. E. Sheplar und W. J. Mac Neal-New York. S. 298. Die Arbeit bringt zunächst ausführlichste Beschreibung der Extraktgewinnung aus Pferdeherzen und weitere genaue Beschreibung der Methode. Ausführliche Tabellen vergleichen mit der WR. Nach den Ergebnissen des Verf. hat sich außerordentlich gute Übereinstimmung der Resultate mit den klinischen Veränderungen ergeben.

Treponema Pallida Antigens in the Wassermann Reaction (Spirochäta pallida-Antigene bei der Wassermann-Reaktion), von A. J. Hinkleman-Oklahoma City. S. 338. Das Spirochäta pallida-Antigen ist ungefähr 15% empfindlicher als die regulären Antigene mit regulärer Technik angewendet. Eingehende Tabellen zeigen die Ergebnisse mit anderen Antigenen verglichen. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß es besonders empfindlich ist und als Prüfung für negative Resultate zum Ausschluß von Fehlern zu verwenden ist. Ernst Rosenbaum-Berlin.

Digitized by Google

Réunion Dermatologique de Strasbourg

Sitzung vom 16. Mai 1926

Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1926, Nr. 7

Kolopp: **A propos du procès-verbal** (Zum Protokoll). S. 530. Mit Bezugnahme auf die von Pautrier in der vorigen Sitzung erwähnten Mißerfolge bei der Behandlung der Lichen planus mit Bestrahlungen der Wirbelsäule wird ein gut beeinflußter Fall vorgestellt. Es wurden ungefilterte Strahlen verwendet. Pautrier hält weitere Beobachtungen zur Aufklärung der Ursachen der wechselnden Erfolge für erforderlich.

Pautrier und Diss: **Dermatite chronique atrophiante des membres inférieurs et lésions d'atrophie maculeuse circonscripte, à type clinique d'anétodermie** (Chronische atrophierende Dermatitis der unteren Extremitäten und Läsionen zirkumskripter makulöser Atrophie vom klinischen Typus der Anetodermie). S. 530. Die histologische Untersuchung der beiden verschiedenartigen Läsionen gab ein völlig übereinstimmendes Bild, während dies in einem in der vorigen Sitzung vorgestellten, klinisch übereinstimmenden Falle durchaus nicht der Fall gewesen war. Dem atrophischen Stadium geht stets ein entzündliches vorauf, so daß die Bezeichnung als idiopathische Atrophie fehlerhaft ist.

G. Lévy: **Phlébite syphilitique précoce** (Frühzeitige syphilitische Phlebitis). S. 534. Ausgedehnte starke Phlebitis der V. saphena int., innerhalb der ersten 3 bis 4 Monate der Krankheit aufgetreten, mit geringen Störungen einhergehend, in einigen Wochen unter spezifischer Behandlung schwindend.

J. Roederer und P. Lanzenberg: **Dermatose bulleuse fébrile allant vers le pemphigus aigu, mais aboutissant à la guérison** (Fieberhafte bullöse Dermatose, einem akuten Pemphigus ähnelnd, aber zur Heilung neigend). S. 536. Nach Prodromen in Form von Schmerzen unter Fieber Blaseneruptionen mit Hyperthermie und Allgemeinerscheinungen, so daß der Gedanke eines schweren akuten febrilen Pemphigus nahelag. Jedoch ging das Fieber bald zurück, die Allgemeinerscheinungen waren nicht so stark wie beim Pemphigus, und die ausgesprochene Neigung zur Heilung ist mit dieser Diagnose auch kaum zu verbinden. Die histologische Untersuchung brachte keine Aufklärung.

G. Lévy: **Cancer en cuirasse chez un homme (Epithelioma glandulaire du sein)** (Cancer en cuirasse bei einem Manne [Drüsenepitheliom der Brust]). S. 541. Das Epitheliom der Brustdrüse ist beim Manne sehr selten; bei dem 53jährigen Kranken hat es sich seit 8 Monaten entwickelt, von der linken Brustdrüse ausgehend. Ulzeröskrustige Affektion um die Mamma herum, stark infiltriert, Infiltration an der ganzen Thoraxhälfte. Da die Geschwulst inoperabel ist, wird Radiumbehandlung eingeleitet, die auch guten Einfluß ausübt, doch geht der Kranke an Pleurametastasen zugrunde.

L. M. Pautrier, Schmid und Ullmo: **Ulcères de jambe chez des malades non glycémiques, guéris par insuline employée en pommade** (Heilung von Unterschenkelgeschwüren bei nichtglykämischen Kranken durch Insulin in Salbenform). S. 544. Atonische Unterschenkelgeschwüre sind auch bei Personen, die nicht an Glykosurie oder Hyperglykämie leiden, durch Insulin gut zu heilen. Um zu großen Verbrauch an Insulin zu vermeiden und einen längeren Kontakt und Resorption des wirksamen Agens zu erzielen, empfiehlt sich die Anwendung in Salbenform.

P. Masson und A. Gunsett: **Un cas de tumeurs leucémiques** (Ein Fall von leukämischen Tumoren). S. 546. Bei einem 74jährigen Manne weiche, gebuckelte Tumoren an den Augenbrauen und an den Wangen unterhalb der Augen. Drüsen in den Achselhöhlen und den Leisten, Milz vergrößert. Histologisch in den Tumoren lymphoides Gewebe, das fortschreitend die Kutis infiltriert. Im Blut 63% Hämoglobin, 128 000 Leukozyten (70% Lymphozyten, 30% Zellen in Zerfall, 2% Polynukleäre, 2% Mononukleäre), 2 310 000 Erythrozyten. Teilweises Schwinden nach Röntgenbestrahlungen.

L. Spillmann, J. Watrin und A. Créange: **Lichen corné hypertrophique et lichen plan** (Lichen corneus hypertrophicus und Lichen planus). S. 547. Lichen corneus hypertrophicus an der Vorderfläche der Beine, gleichzeitig mit Lichen planus der Mundschleimhaut; auffallend ist das Fehlen von Jucken. Pautrier bemerkt, daß dieses Zusammentreffen nicht seiner Theorie widerspreche, daß der Lichen corneus hypertrophicus keine Abart des Lichen planus, sondern eine abnorme Form von Lichenifikation sei; es kommen trotzdem sogar Kombinationen an derselben Stelle vor.

Digitized by Google

Clément-Simon: **Sur la syphilis traumatique. Définition** (Über die traumatische Syphilis. Begriffsbestimmung). S. 549. Aus der französischen Literatur der Jahre 1914—1924 ließen sich 56—57 einwandfreie Fälle feststellen, die in 7 Gruppen gegliedert werden. 1. Post-traumatische Syphilide im eigentlichen Sinne. Einmaliges, heftiges Trauma, an dessen Stelle Entwicklung von Hautsyphiliden von tertiärem Charakter, meist ulzero-gummös, bisweilen syphilitische Knochenläsionen. 2. Verzögerte Heilung von Wunden; keine Besserung trotz sachgemäßer Behandlung, schnelle Heilung auf Salvarsan. 3. Pseudarthrosenbildung nach Knochenbruch, Konsolidierung erst nach spezifischer Behandlung. 4. Syphiliserscheinungen nach kleinen wiederholten Traumen; es handelt sich hier um wiederholte, ein und dieselbe Stelle treffende Reize, zum Teil bei beruflicher Beschäftigung, danach zuerst banale Hautaffektionen, dann Entwicklung von Syphiliden, unter Umständen mit Beteiligung des darunter liegenden Knochens. 5. Knochenläsionen ohne Hautsyphilis sind außerordentlich selten; nur eine sichere Beobachtung. 6. Syphiliserscheinungen an der Stelle medikamentöser Einspritzungen; die veröffentlichten Fälle sind zahlreich, doch sind die Erscheinungen sehr wenig charakteristisch, und es sind dabei viele Irrtümer vorgekommen. 7. Der Syphilisinfektion voraufgegangene Traumen; ein einziger Fall, in dem die im Jahre 1918 aufgetretene Syphilis im Jahre 1920 ein ulzeriertes Gummi an der Stelle einer im Jahre 1916 am Bein stattgehabten Schußverletzung produzierte. Die traumatische Syphilis muß so erklärt werden, daß durch das Trauma latente Spirochäten frei werden und in die Umgebung wandern, in der sie dann Erscheinungen machen. Das Knochenmark ist ein häufiger Sitz latenter Spirochäten, daher das häufige Auftreten von Knochenerscheinungen nach Traumen. Wo sich kein Spirochätenherd befindet, bewirkt das Trauma keine Syphiliserscheinungen, daher auch das verhältnismäßig seltene Auftreten der traumatischen Syphilis. Es kommt noch hinzu, daß neugebildetes Gewebe (Kallus, Narben) geringere örtliche Immunität besitzt, daher stellen Punkte früherer Traumen einen Locus minoris resistentiae dar. In der Sekundärperiode kommt es weniger zum Auftreten traumatischer Sekundärerscheinungen, weil in dieser Zeit die allgemeine Immunität stärker ist als die Sensibilisierung; in der Tertiärperiode überwiegt hingegen die Sensibilisierung, wodurch das Auftreten traumatischer Tertiärerscheinungen begünstigt wird.

E. Ramel: **Sarcomatose idiopathique hémorragique (Kaposi)** (Sarcomatosis idiopathica haemorrhagica Kaposi). S. 557. Die Affektion kommt besonders in Mitteleuropa vor und bevorzugt die jüdische Rasse. Die Krankheit begann bei dem vorgestellten Kranken am rechten Fuße, an dem eine voraufgegangene starke Erfrierung einen Locus minoris resistentiae geschaffen hatte. Einzelne Tumoren waren spontan zurückgegangen. Bei der Sektion fanden sich Endotheliome in der Dura mater, deren histologische Struktur sie als Metastasen auffassen ließ. Außerdem bestand alte Syphilis, Salvarsanbehandlung übte keinen Einfluß auf die Sarkomatose aus.

E. Ramel: **Epithélioma spino-cellulaire de la région frontale. Métastase dans la parotide droite** (Spindelzellenepitheliom in der Stirngegend. Metastase in der rechten Parotis). S. 561. Viszerale Metastasen von Spindelzellengeschwülsten sind sehr selten.

L. M. Pautrier, G. Lévy und A. Diss: **Epithélioma en nid d'abeille de la joue, histologiquement baso-cellulaire** (Epitheliom der Wange von Wabenform, histologisch von basozellulärem Charakter). S. 564. Die Geschwulst hatte eine ungewöhnliche Form, indem der hervorspringende Teil durch eine Reihe von Einbuchtungen ausgehöhlt war.

E. Ramel: **Cancroides multiples de la face et des extrémités. Epithéliome spinocellulaire végétant en nappe, d'aspect pagétoide, dans la région sternale. Guérison par la roentgenthérapie** (Multiple Krebsroide des Gesichtes und der Extremitäten. Flächenhaft wucherndes Spindelzellenepitheliom von pagetoidem Aussehen in der Sternalgegend. Heilung durch Röntgenbehandlung). S. 566. Kranke von 91 Jahren. Die Heilung zeigt, daß die Lehre von der absoluten Röntgenresistenz der Spindelzellenkrebse nicht zu Recht besteht; ihre relative Resistenz wird durch harte Strahlen von sehr kurzer Wellenlänge überwunden. Die flächenhafte Ausbreitung der Geschwulst in der Sternalgegend stellt eine ganz besondere, ungewöhnliche Manifestation dar.

P. Masson und A. Gunsett: **Un cas de dermato-myosarcome traité par le radium** (Ein mit Radium behandelter Fall von Leiomyosarkom). S. 574. Die Ulzeration, die zum Verlust eines Teiles der Ohrmuschel geführt hatte, machte den Eindruck

Digitized by Google

eines gewöhnlichen Epithelioms. Histologisch besonderer Befund: Kutis gleichmäßig von verlängerten, fusiformen, in unbestimmten, nach allen Richtungen anastomosierenden Bündeln angeordneten Zellen infiltriert. Sie haben ein azidophiles, meist homogenes Plasma, einen länglichen, oft gespaltenen Kern mit großem, bald rundlichem, bald tränenförmigem Nukleolus. Zahlreiche Mitosen. Stellenweise sind einige dieser Zellen voluminöser, kugelförmig mit zapfenförmigem oder mehrfachem Kern. Die Diagnose könnte zwischen Nävosarkom und Leiomyosarkom schwanken, doch spricht das Fehlen von Pigment, die Form der Nukleoli, die Art der Infiltration des Bindegewebes für letzteres.

J. Belot: **L'ultra-violet en dermatologie** (Die ultravioletten Strahlen in der Dermatologie). S. 577. Erscheint später.

Sitzung vom 18. Juli 1926

G. Lévy: **Erythème polymorphe récidivant depuis cinq années** (Seit 5 Jahren rezidivierendes Erythema multiforme). S. 579. Die Affektion rezidiviert regelmäßig im Herbst, um im Frühjahr wieder zu schwinden. Derartige Fälle stehen der rezidivierenden Dermatitis polymorpha dolorosa nahe, vielleicht handelt es sich um Übergangsformen.

J. Roederer und A. Diss: **Un cas d'hidradénomes éruptifs** (Ein Fall von Hidradénomes éruptifs). S. 582. Dieser Fall von zystischem Adenom hatte keine Beziehungen zu den Schweißdrüsen, die keine Veränderungen aufwiesen.

A. Diss und J. G. Prieto: **Papillomes multiples des commissures labiales et de la langue et papillome de la joue droite dévéloppé sur une tache de kératose sénile** (Multiple Papillome der Mundwinkel und der Zunge und Papillom der rechten Wange, auf einem Fleck von Keratosis senilis entwickelt). S. 583. Die Entwicklung im vorgeschrittenen Alter (Frau von 67 Jahren) ist eine Seltenheit. Ebenso ist die Entwicklung des benignen fibro-epithelialen Tumors auf einer Akne sebacea, die gewöhnlich als präkanzeröse Affektion betrachtet wird, bemerkenswert.

L.-M. Pautrier und Sloimovici: **Syphilis lichénoide à groupements tertiaires circinés des avant-bras et des mains** (Lichenoides Syphilid mit tertiär-zirzinärer Gruppierung an den Unterarmen und den Händen). S. 585. Die eigenartigen Erscheinungen bei der Kranken mit negativer Syphilisanamnese, positiver WR, negativem Pirquet ließen die Diagnose zwischen lichenoidem Syphilid, lichenoidem Tuberkulid und Lichen nitidus schwanken, mit dessen Histologie der histologische Befund große Ähnlichkeit hatte. Die Behandlung mit Salvarsan, dann mit Wismut führte zu völligem Schwinden. Die danach als sicher syphilitisch erwiesenen Effloreszenzen gehören ihrem klinischen und histologischen Charakter nach der Sekundärperiode an, während die Art der Gruppierung der der Tertiärperiode entspricht.

G. Lévy: **Concrétions calcaires des mains** (Kalkkonkremente der Hände). S. 589. In diesem Falle besteht nicht wie in anderen gleichzeitig Sklerodermie. Der Bildung der Tophi gingen Anfälle von lokaler Asphyxie voraus und begleiteten sie. Zugrunde liegen wahrscheinlich Störungen des endokrin-sympathischen Systems.

L.-M. Pautrier und Glasser: **Leukoplasie et „kraurosis vulvae"** (Leukoplakie und Kraurosis vulvae). S. 592. Frau von 68 Jahren, seit 3 Jahren erkrankt. Weitgehende Atrophie mit fast völligem Verschwinden des linken großen und kleinen Labiums, an deren Stelle eine Leukoplakie von hyperkeratotischem Charakter. Diese greift auch auf die rechte Seite über und erstreckt sich noch etwas in die Scheide hinein. Histologisch ergibt sich kein Anhaltspunkt für Malignität, doch ist bei der Kombination von Atrophie, Sklerose und Hyperkeratose in dieser Gegend die Entwicklung eines Epithelioms zu befürchten.

L.-M. Pautrier, G. Lévy und A. Ullmo: **Deux cas de syphilis secondaire à plaques cutanéo-muqueuses hypertrophiques péri-vulvaires, avec absence de tréponèmes dans les lésions et réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht négatives** (Zwei Fälle von sekundärer Syphilis mit hypertrophischen Plaques an Haut und Schleimhaut in der Umgebung der Vulva bei Fehlen von Spirochäten in ihnen und negativer Reaktion nach Wassermann und Hecht). S. 595. 2 Fälle, in denen bei unzweifelhafter, durch folgende Behandlung gut beeinflußter Syphilis, ohne daß vorher eine Behandlung stattgefunden hätte, die mehrfach vorgenommenen Laboratoriumsuntersuchungen vollkommen versagten. Ein Grund hierfür war nicht nachweisbar, derartige Fälle zeigen aber die Bedeutung der heutzutage oft gegenüber den Laboratoriumsuntersuchungen vernachlässigten klinischen Diagnose.

Digitized by Google

P. Lanzenberg: **Cas exceptionel d'intolérance à l'iode. Oedème du cou et du larynx après un seul pansement iodo-ioduré fait sur la région du cou** (Ungewöhnlicher Fall von Jodintoleranz. Ödem an Hals und Larynx nach einem einzigen Umschlage mit Lugolscher Lösung am Halse). S. 598. Starkes Ödem mit Rötung und Schmerzhaftigkeit der Haut und heftiger Dyspnoe infolge Ödems am rechten Arytenoidknorpel, so daß beinahe eine Tracheotomie erforderlich gewesen wäre. Die absorbierte Jodmenge kann nur minimal gewesen sein.

A. Diss und J. Peterschmidt: **Epithélioma basocellulaire d'origine sudoripare** (Basozelluläres Epitheliom mit Ausgang von den Schweißdrüsen). S. 599. In diesem Falle war der Ausgang von einer Schweißdrüse sicher nachweisbar, indem die Zellen der äußeren Schicht des Ausführungsganges bei ihrer Vermehrung durch rückgängige Differenzierung einen basozellulären Charakter annahmen, während die nach innen gelegenen Zellen ihren Charakter bewahrten und in den Tumor als Haufen großer azidophiler Zellen erhalten blieben. E. Levin-Berlin.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

Nr. 7. Sitzung vom 8. Juli 1926

Gougerot: **A propos du procès verbal. Chancres syphilitiques retardés spontanément ou par traitement antisyphilitique** (Spontan oder durch antisyphilitische Behandlung verzögerte syphilitische Schanker). Zwei Fälle von 100 bzw. 110 Tage nach dem infizierenden Koitus aufgetretenem Schanker. In dem einen handelte es sich um einen alten, noch nicht völlig geheilten Syphilitiker, der in der Inkubationszeit mit Wismut behandelt worden war, in dem anderen um eine kongenitale Syphilis, die offenbar abschwächend auf die neue Infektion eingewirkt hatte, da eine Behandlung hier nicht vorgenommen worden war. Es muß also in der Praxis mit derartigen langen Inkubationen gerechnet werden, und es bedürfen Personen, die einer Infektion ausgesetzt waren, einer längeren Beobachtung, da derartige abgeschwächte Syphilis ohne Behandlung bleiben und später zu schweren Erscheinungen führen kann.

A. Léri: **Zusatz zu der Diskussion über die Mitteilung von Barthélemy über traumatische Syphilis.** In einem Falle war nach einem Trauma eine sehr langsam heilende Wunde entstanden. Nach einigen Monaten entwickelten sich Erscheinungen einer Aran-Duchenneschen Amyotrophie, die gewöhnlich syphilitischen Ursprungs ist. Von einer solchen ist hier nichts nachzuweisen, nur die von der Verletzung herrührende Narbe erinnert an Syphilis. Der Zusammenhang ist hier nicht zu klären.

G. Milian: **Erythème du 9e jour au cours d'un traitement par les injections intraveneuses de 914** (Erythem des 9. Tages im Verlaufe einer Behandlung mit intravenösen Salvarsaneinspritzungen). Frische sekundäre Syphilis. Nach der ersten Einspritzung Temperatur von 39,5°, nach der zweiten keine Reaktion, aber 2 Tage später erhöhte Temperatur; obwohl noch keine subjektiven Beschwerden bestanden, wurde eine Angina festgestellt, es traten dann fieberhafte Allgemeinerscheinungen und schließlich ausgebreitetes, skarlatiniformes Exanthem auf; weitere Einspritzungen bewirkten immer geringere Temperatursteigerungen und Exanthem, bis diese ganz fortblieben. Diese frühzeitig mit Zeichen einer infektiösen Erkrankung auftretenden Eruptionen sind nicht toxischer, sondern biotropischer Natur; es handelt sich um Wiedererwecken einer früher überstandenen oder noch latenten Infektionskrankheit.

Milian und Lambert: **Pseudo-xanthome élastique et lésions érythémato-papuleuses initiales** (Pseudo-Xanthoma elasticum und erythematös-papulöse Läsionen im Beginn). Um den Hals herum im allgemeinen gelblich gefärbte Läsion mit einigen kapillären Varikositäten, deutlich atrophisch. Auf dieser großen Fläche zahlreiche hirsekorngroße und größere papulöse Erhabenheiten, die offenbar die primären Effloreszenzen darstellen. Außerdem eine Reihe punktförmiger Depressionen, die der Haut ein zitronenartiges Aussehen verleihen. Ebenso am Bauch zahlreiche erythematöse oder erythematös-papulöse Flecken, die eine große Zahl gelblicher Flecken verdecken. Obwohl die Diagnose des Pseudo-Xanthoma elasticum unzweifelhaft ist, bestehen weitgehende Ähnlichkeiten mit dem früher beschriebenen Zustande der zitronenartigen Haut; beide sind keine primären Degenerationen der

Digitized by Google

Haut. Histologisch fanden sich neben basophiler Degeneration der elastischen Fasern an einzelnen Stellen entzündliche Herde mit Riesenzellen, die wahrscheinlich durch Syphilis hervorgerufen sind, während das Pseudo-Xanthoma elasticum ihren Rückstand darstellt.

G. Milian: **Abscès gonococcique du raphé de la verge** (Gonokokkenabszeß an der Raphe des Gliedes). In der geröteten und infiltrierten Raphe drei kleine Abszesse mit reichlichen Gonokokken. Keine Urethralblennorrhoe, zuvor angeblich noch nicht krank gewesen. In der Raphe findet sich ein geschlossener, mit geschichtetem Plattenepithel ausgekleideter Gang.

Lortat-Jacob und Legrain: **Un cas de poikilodermie atrophiante réticulaire de la face et du cou** (Ein Fall von Poikilodermia atrophicans reticularis). Klinisch und histologisch einwandfreier Fall. Auffallend ist nur die Einseitigkeit der Affektion. Civatte meint, daß diese Fälle der Riehlschen Melanose sehr nahe zu stehen scheinen.

Lortat-Jacob und P. Bourgeois: **Un cas de mycosis fongoide** (Ein Fall von Mykosis fungoides). Typischer Fall einer 81jährigen Patientin.

Lortat-Jacob und Morlaas: **Sur un cas de lèpre mixte traité par la cryothérapie** (Über einen mit Kohlensäureschnee behandelten Fall von gemischter Lepra). Frischer Fall mit Paresen und Leprombildung. Nach der ersten Kohlensäureschneebehandlung Auftreten neuer Leprome, dann völliges Schrumpfen dieser und der ursprünglichen.

E. Jeanselme und L. Hufnagel: **Sur une endémie familiale de favus se poursuivant à travers trois générations** (Über eine durch 3 Generationen sich fortpflanzende Favusendemie). Gelegentlich der Beobachtung von Favus bei 2 Geschwistern wurde festgestellt, daß die Erkrankung von der Urgroßmutter stammte, und daß von deren Kindern 2, von den Enkeln 2, von den Urenkeln 4, im ganzen also 9 Personen erkrankt waren.

Jeanselme und Burnier: **Tricophytie suppurée de la fesse** (Eiternde Trichophytie am Gesäß). Ursache Trichophyton gypseum. Zustandekommen durch Niederhocken mit unbedecktem Unterkörper bei ländlicher Arbeit.

Jeanselme und Burnier: **Un cas de bouton d'Orient** (Ein Fall von Orientbeule). Die Krankheit ist anscheinend in Marseille erworben worden, wo sich viele armenische Flüchtlinge befinden, darunter an Orientbeule leidende. Vernarbung nach 6 Einspritzungen von Tartarus stibiatus.

Burnier und Rejsek: **Un cas de granulome annulaire** (Ein Fall von Granuloma annulare). Kind von $5\frac{1}{2}$ Jahren in gutem allgemeinem Gesundheitszustande. Pirquet schwach positiv.

Dohen: **Lupus de la face traité par le beurre d'antimoine** (Lupus des Gesichts mit Antimonbutter behandelt). Mit der nach der Darierschen Formel zusammengesetzten Salbe (Antimontrichlorid 20,0, Acid. salicyl. 20,0, Kreosot 40,0, Lanolin 80,0, Extract. opii + Novokain āā 4,0) wurden Erfolge wie mit keiner anderen Methode erzielt. Vorhergehende Skarifikation und Kurettage.

P. Chevallier: **Liquide céphalo-rachidien normal chez un adulte dont l'hérédosyphilis ne se traduit que par un Wassermann tenacement positif. Hypothèses sur le siège du foyer syphilitique latent** (Normaler Liquor bei einem Erwachsenen, dessen kongenitale Syphilis sich nur durch einen hartnäckig positiven Wassermann äußert. Vermutungen über den Sitz des latenten Syphilisherdes). 2 Fälle kongenitaler Syphilis ohne irgend welche Erscheinungen, auch in bezug auf das Nervensystem und die geistigen Fähigkeiten ohne Abweichungen bei jüngeren erwachsenen Leuten zeigen dauernd positive WR auch bei intensiven Kuren verschiedener Art, Negativwerden nach Unterbrechung der Behandlung. Liquor völlig normal. Bei derartigen Patienten sind eingreifende Behandlungen zwecklos, doch scheint milde (innerliche) Behandlung gut auf das allgemeine physische und psychische Befinden zu wirken. Es muß eine latente viszerale Lokalisation bestehen, die aber bei dem normalen Liquor nicht meningealer Natur sein kann; wahrscheinlich handelt es sich um eine Lokalisation im Respirationstraktus (sklerosierende Tuberkulose?).

P. Chevallier: **La cure de jeûne intégral éteint souvent en quelques jours les poussées aiguës de dermatoses, en particulier des dermatoses infectieuses ou d'allure infectieuse, telles que l'eczéma séborrhéique et l'acné de la face** (Die Behandlung mit völligem Fasten unterdrückt oft in einigen Tagen die akuten Ausbrüche der Dermatosen, besonders der infektiösen oder infektiös erscheinenden wie des seborrhoischen Ekzems und der Gesichtsakne).

Digitized by Google

A. Sézary: **Embolie artérielle de la fesse consécutive à une injection intramusculaire d'hydroxyde de bismuth** (Arterielle Embolie des Gesäßes nach einer intramuskulären Einspritzung von Wismuthydroxyd). Im Verlauf einer wiederholten Injektionsbehandlung kam es, obwohl nach Einstich der Kanüle festgestellt war, daß sich kein Blut entleerte, zu einer Embolie einer tiefen Arterie am Gesäß, wodurch der Kranke mehrere Tage heftige Schmerzen in dem Bein der betreffenden Seite hatte. Es entwickelten sich zwei ekchymotische Flecken in der Nähe der Einstichstelle und in der Trochantergegend, über denen die Haut leicht infiltriert oder ödematös und sehr empfindlich war. Im Gegensatz zu früher beschriebenen ähnlichen Fällen keine Gangrän, nicht einmal Phlyktäne. Vielleicht kann man derartige Zufälle dadurch vermeiden, daß man die tief eingestochene Nadel um einige Millimeter zurückzieht.

E. Bodin und M.-L. Chevrel: **Note sur un coccobacille isolé d'un cas de mycosis fongoide** (Bemerkungen über einen von einem Fall von Mykosis fungoides isolierten Kokkobazillus). Während mikroskopische Untersuchungen histologischer Schnitte und des aus den Tumoren gewonnenen Serums keinen bakteriologischen Befund ergaben, Kulturen von dem Serum ulzerierter Läsionen nur banale Keime zeigten, Blutkulturen negativ blieben, ergaben Impfungen von Kaninchen und Meerschweinchen mit dem steril entnommenen Venenblut und Tumorserum der regelmäßig innerhalb ungefähr 5 Wochen zugrunde gehenden Tiere tuberkuliforme Läsionen, in denen sich in reichlicher Menge ein Kokkobazillus fand, der sich weiter züchten ließ. Er gab mit dem Serum zweier Mykosiskranker Komplementablenkung. Das histologische Bild der bei den Tieren erzeugten tuberkuliformen Läsionen stimmte mit dem der Mykosis fungoides überein. Über die allgemeine Bedeutung des isolierten Kokkobazillus für die Genese der Mykosis fungoides müssen weitere Untersuchungen Auskunft geben.

E. Delmas: **Eruption artificielle localisée à élément unique à la suite d'ingestion de „Tréparsol"** (Örtlich begrenzte Eruption einer einzigen Effloreszenz nach Einnehmen von „Treparsol"). Bei einem längere Zeit mit Salvarsan und dann mit Treparsol behandelten alten Syphilitiker zeigte sich ein scharf umschriebener, leicht erhabener und ödematöser roter Fleck auf der Wange, der nach einigen Tagen schwand, nach Wiedereinnehmen an derselben Stelle wieder auftrat. Durch Beginn mit Bruchteilen einer Tablette gelang dann eine Desensibilisierung, doch trat der Fleck einige Monate später wieder an der gleichen Stelle auf, als Treparsol 3 Tage lang genommen war.

Lévy-Franckel, Ducourtioux und Brêtillon: **L'insuline chez les glycémiques. Résultats obtenus dans quelques affections chroniques (Dermatoses ou syphilis nerveuse)** (Insulin bei Glykämikern. Erfolge bei einigen chronischen Affektionen [Dermatosen oder Nervensyphilis]). Die Erfolge waren bei verschiedenen Affektionen sehr schwankende. Hervorzuheben ist der gute Erfolg bei Pruritus vulvae und Malum perforans. Bemerkenswert ist auch das Vorkommen von Glykämie bei 2 Tabikern, woraus sich vielleicht Schlüsse auf die Beziehungen mancher Diabetesformen zur Syphilis ziehen lassen. Nebenwirkungen blieben völlig aus.

Louste, Thibaut und Tisserand: **Ictère contemporain d'un chancre syphilitique** (Ikterus gleichzeitig mit einem Syphilisschanker). Leichter Ikterus ohne Verdauungsstörungen, Leberschwellung bei einem Primäraffekt mit negativer WR. Schwinden mit Heilung des Primäraffekts unter antisyphilitischer Behandlung. Der Ikterus muß auf eine auf der Septikämie beruhenden Schädigung der Leber bezogen werden, so daß hier die Septikämie eher durch den klinischen Befund als durch die (unvollkommenen) Laboratoriumsuntersuchungen nachzuweisen war.

L. Chatellier: **Kyste du méat chez un hérédo-syphilitique** (Zyste der Urethralmündung bei einem kongenital Syphilitischen). Erbsengroße Zyste an der rechten Urethrallippe neben dem Frenulum bei einem 14jährigen Knaben mit positiver WR. Sie enthält klare, etwas visköse Flüssigkeit, besteht aus einer dichten Bindegewebsplatte, die an der Außenseite mit Plattenepithel, an der Innenseite mit einfachem kubischem Epithel bedeckt ist.

L. Chatellier: **Loupe vraie de la racine du nez** (Atherom der Nasenwurzel).

C. Laurentier und Vieux: **Psoriasis devenu verruqueux au niveau des points de pression de la chaussure** (Verrukös gewordene Psoriasis an Druckstellen des Schuhwerkes).

Jausion und Diot: **La gono-réaction de Rubinstein et Gauran. Contrôle de la thérapeutique antigonococcique et de la guérison des blennorrhagiens** (Die

Digitized by Google

Gonoreaktion von Rubinstein und Gauran. Kontrolle der Tripperbehandlung und der Heilung der Blennorrhoiker). Die Gonoreaktion, die am 8. Tage eines frischen oder des Rückfalles eines chronischen Trippers positiv wird, gestattet eine fast sichere Diagnose und eine Kontrolle des Verlaufs der Heilung, sowie prognostische Schlüsse während der Behandlung auf Grund der gonometrischen Methode. Positive Reaktion erfordert Allgemeinbehandlung, für die Gonakrin am geeignetsten erscheint. Negative Reaktion scheint Infektiosität auszuschließen.

A. Lacroix: **De la cholestérinémie et de la cholestérinie dans le psoriasis (Contribution à l'étude des cholestérinides cutanées)** (Über die Cholesterinämie und den Cholesteringehalt der Hautprodukte bei der Psoriasis [Beitrag zum Studium der Cholesterinerkrankungen der Haut]). Unter Cholesterinie wird der in einem Kilogramm Hautprodukten gefundene Cholesteringehalt in Grammen verstanden. Er dürfte normalerweise ungefähr 12—13 g betragen. Bei den verschiedenen Dermatosen bestehen Unterschiede nach dem Entwicklungsstadium und auch bei den verschiedenen Individuen. Von den Psoriatikern zeigt ein Teil einen dem normalen nahestehenden Cholesteringehalt, so daß hier kein Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem Cholesterinstoffwechsel besteht; bei einem anderen Teile, bei dem dieser Zusammenhang vorhanden ist, beträgt der Gehalt über 15 g. Bei beiden kann die Dermatose als Mittel der Hautausscheidung betrachtet werden, das sich infolge einer speziellen krankhaften Prädisposition der Haut unter dem klinischen Bilde der Psoriasis darstellt. Durch Insulinbehandlung gelingt es leicht, den Cholesteringehalt des Organismus herabzusetzen, womit dann oft die Psoriasis schwindet; doch ist es fraglich, ob damit nicht gewisse Gefahren für den Körper verbunden sind.

Raynaud, Lacroix, Goeo-Brissonnière und Beraud: **Les modifications du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis chez les musulmans algériens (Contribution à l'étude de la Syphilis exotique)** (Die Liquorveränderungen im Verlaufe der Syphilis bei den algerischen Muselmännern [Beitrag zum Studium der exotischen Syphilis]). Weitere Untersuchungen an 324 Kranken im Anschluß an die früher (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1926, Nr. 2. Ref. diese Wschr., 1926, Bd. 83, S. 1009) veröffentlichten. Bei primärer und sekundärer Syphilis fanden sich Liquorveränderungen in 64%, bei tertiärer in 58,3%, bei Nervensyphilis in 100% der Fälle. Die Punktion hatte in 45,5% der Fälle mehr oder weniger heftige Reaktionen im Gefolge, die besonders bei Veränderungen des Liquors einzutreten scheinen.

E. Juster: **Recherches sur l'étiologie et le traitement des érythro-cyanoses (infiltrations érythrocyanotiques) et plus particulièrement des érythrocyanoses sus-malléolaires** (Untersuchungen über die Ätiologie und die Behandlung der Erythrozyanosen [erythrozyanotische Infiltrationen] und besonders der supramalleolären Erythrozyanosen). Gegenüber anderen früheren Bezeichnungen scheint die als Erythrozyanose für die Affektion (rote Färbung an den Armen, zyanotische an den Beinen) sehr charakteristisch. Als ätiologische Momente kommen Läsionen des Nervensystems, Syphilis, endokrine Störungen und alle auf die Hautzirkulation einwirkenden Faktoren in Betracht. Hinweis auf eventuellen hämatogenen Ursprung. Darauf beruht die von guten Erfolgen begleitete Behandlung mit Hämato-Erythroidin und Quecksilbersuppositorien; auch Enesol und Hypophysenextrakt erwiesen sich wirksam. Dazu Diathermiebehandlung, Massage, Wicklungen der Beine.

E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Am 15. Januar d. J. waren 30 Jahre verflossen, seitdem Prof. Leopold Freund in Wien als erster die Röntgenstrahlen als Heilmittel angewendet hatte.

Ernannt: Dr. Guido Holzknecht, Leiter des Zentralröntgenlaboratoriums in Wien, zum a. o. Professor.

Die Italienische Gesellschaft für Urologie hat Prof. H. Rubritius und Priv.-Doz. Dr. R. Paschkis in Wien zu Ehrenmitgliedern, Priv.-Doz. Dr. G. Plesschner in Wien zum korrespondierenden Mitglied gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 7 (Bd. 84) 12. Februar 1927

PROPERTY OF RESEARCH LABORATORIES OF DERMATOLOGICAL REMOVED

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Frankfurt a. M.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Herxheimer)

Über endemisches Auftreten von Pityriasis sicca

Von

E. Hartmann, Assistenzarzt

Die Pityriasis sicca, die häufig auch den behaarten Kopf befällt, ist besonders im Kindesalter im Gesicht sehr häufig. Befallen werden meistens Kinder mit zarter Haut. Das Auftreten häuft sich in den Übergangsjahreszeiten, im Frühjahr scheinbar mehr als im Herbst. Dieses an die Jahreszeit gebundene Auftreten hat zu der Anschauung geführt, die besonders von Jadassohn und in etwas eingeschränkter Form von Moro vertreten wird, daß das Wetter und hauptsächlich die rauhen Winde als Ätiologie eine Rolle spielen. Im Gesicht ist die P. s. vorwiegend lokalisiert in der Umgebung des Mundes, auf Wangen, Kinn und den vorderen seitlichen Halspartien. Sie kann auch an Stamm und Extremitäten vorkommen, ist aber dort sehr viel seltener. Die Herde haben Kleinfingernagel- bis Markstückgröße und darüber, sind rundlich bis oval, oft polygonal oder serpiginös begrenzt. Die Abschuppung ist kleienförmig, seltener kleinlamellös. Die Farbe der Schuppen ist, falls sie nicht durch Schmutz verändert ist, weiß bis grauweiß, auf seborrhoischer Haut jedoch gelblich. Die unter der Schuppung liegende Haut ist öfters von normaler Farbe, in der Mehrzahl der Fälle jedoch ganz leicht entzündlich gerötet. Im wesentlichen mit obiger Schilderung übereinstimmend sind auch die Angaben von Darier, Török, Sabouraud, Brocq, Unna-Iw. Bloch. Von Unna wird die von ihm P. maculata et areata genannte Affektion unter die Anfangstypen des Eczema seborrhoicum gezählt, was nach anderen Autoren, z. B. Török, Darier, Sabouraud, Brocq usw., durchaus unzulässig ist. Den gleichen Standpunkt nimmt auch Moro ein, der aber für die P. s. die Bezeichnung Ekzematoid eingeführt wissen möchte. Betont wird aber von allen Autoren, daß die P. s. auf einer Haut, die die Zeichen einer Seborrhoe aufweist, einer seborrhoischen Erkrankung sehr ähnelt, und daß sie ferner mit einer seborrhoischen Erkrankung zusammen vorkommen kann. Unsere Erfahrungen entsprechen dem vollkommen, und auch wir möchten Seborrhoe und P. s. absolut getrennt wissen.

Über die Ätiologie der Erkrankung sind die Meinungen geteilt. Oben wurde schon die Ansicht Jadassohns angeführt, daß die P. s. vom Wetter, insbesondere von rauhen Winden abhängig zu sein scheine. Moro betont ebenfalls die Häufung der Affektion bei trockenem Wetter

Digitized by Google

oder nach schlechtem Abtrocknen nach Seifenwaschung. Diesen gegenüber stehen die Anschauungen über bakterielle Ursache der Erkrankung und als deren logische Folge die Anschauungen über den infektiösen Charakter der Erkrankung. Angaben über den infektiösen Charakter der P. s., auch P. simplex genannt, fanden sich bei Darier. In der deutschen Ausgabe seines Lehrbuches steht der Satz: „Diese Dermatose ist ansteckend und sogar epidemisch, wenn viele Kinder eng beisammen sind". Er zitiert auch dort die Ansicht von Sabouraud, der die P. simplex für eine trockene impetiginöse „Epidermitis" hält, die durch Streptokokken verursacht wird. Darier selbst macht keine Äußerung über einen eventuellen Erreger.

In dem Lehrbuch von Unna-Bloch ist mit Pityriasis maculata offenbar dasselbe gemeint wie mit P. s. Hier findet sich die Angabe, daß die P. maculata in den letzten Jahren häufiger geworden sei und neuerdings (1908) in den Hamburger Volksschulen epidemisch auftrete. Binnen weniger Wochen sei bis $^1/_3$ aller Schüler und Schülerinnen daran erkrankt. Auch Brocq führt die Ansicht Sabourauds an, daß die P. simplex kontagiös sei, und daß man als Mikroben hauptsächlich Streptokokken darin finde. An anderer Stelle führt er an, daß nach Sabouraud die Malassezsche Spore oder der Flaschenbazillus Unna als Ursache anzusehen sei.

Haben wir selbst zwar keine bakteriologischen Untersuchungen anstellen können, so verfügen wir doch über die Beobachtungen zweier „Endemien" von P. s., die geeignet sind, die Anschauung zu stützen, daß die P. s. eine infektiöse Erkrankung ist. Diese beiden Endemien sollen im folgenden geschildert werden.

Anfang März dieses Jahres wurden unserer Poliklinik 8 Schüler im Alter von 11—14 Jahren zugeführt, die alle der gleichen Klasse einer Mittelschule angehörten. Diese Kinder hatten ihre Plätze in nächster Nähe eines ekzemkranken Kameraden und litten alle an derselben Hautaffektion im Gesicht. Wegen des Verdachtes einer Infektion, ausgehend von dem ekzemkranken Kinde, ließ uns die Schulleitung die Kinder vorführen. Es handelte sich in allen Fällen um die unter der Bezeichnung P. s. faciei bekannte Hauterkrankung. Vier Tage später war bei 11 weiteren Schülern derselben Klasse die gleiche Affektion aufgetreten. Nach 6 Tagen war dieselbe Affektion bei weiteren 15 Schülern, die bisher frei davon waren, aufgetreten. Im Verlauf von weiteren 8 Tagen kamen dann noch 9 neue Fälle hinzu. Im ganzen waren von der Klasse also 43 Schüler erkrankt und nur 5 oder 6 von der Hauterkrankung freigeblieben.

Die Erkrankung bestand aus mehr oder weniger scharf umschriebenen, teils rundlichen, teils unregelmäßigen fingernagel- bis fünfmarkstückgroßen Herden, die leicht gerötet waren. Vielfach war der Farbton ein gelblichroter. In allen Fällen bestand eine geringe Schuppung und ein bei den verschiedenen Schülern verschieden starkes Jucken. Die Herde waren in der Mehrzahl um die Mund- und Nasengegend gruppiert, vereinzelt fanden sie sich jedoch auch auf den seitlichen Wangenpartien der Stirn und der unteren und seitlichen Halspartie.

Bei keinem der Kinder war die Haut des ganzen Gesichts ausgesprochen trocken, bei den meisten vielmehr in den zentralen Gesichtspartien leicht fettig-glänzend. Typische Seborrhoe des Kopfes fand sich bei keinem der Erkrankten.

Durch diese sich innerhalb von 3 Wochen auf fast die ganze Klasse erstreckende Erkrankung war natürlich die ganze Schule alarmiert, und es wurden alle übrigen, teils Knaben- teils Mädchenklassen, sowohl von dem Schularzt als auch von dem Lehrkörper dauernd kontrolliert. In der ganzen übrigen Schule trat aber kein neuer Fall auf.

Das Auftreten und die Verbreitung der Erkrankung in dieser einen Klasse machte durchaus den Eindruck einer Infektion. In einem Teil der Fälle wurden deshalb abgenommene Schuppen auf Sabouraudagar verimpft und in feuchten Kammern

Digitized by Google

montiert. Hyphomyzeten konnten aber mit keiner Methode kulturell nachgewiesen werden, ebensowenig im gefärbten Präparat. Eine bakteriologische Untersuchung konnte technisch nicht durchgeführt werden.

Die Affektion heilte bei allen Kindern in 2—3 Wochen ab bei Benutzung eines schwachen Salizyl-Teervaselin und Glyzerinseife.

Gegen Ende des gleichen Monats konnten wir auf einem Saale der medizinischen Kinderklinik eine entsprechende „Endemie" beobachten. Auf dem bis dahin von Hautkrankheiten freien Saal wurde ein etwa 5jähr. Junge mit Nephritis aufgenommen, der an einem „Eczema siccum faciei" litt. 3—4 Tage später trat der 1. Fall von „E. s. f." auf, und im Verlauf von etwa 8 Tagen erkrankten nacheinander im ganzen 8 Kinder an der gleichen Affektion, die bestimmt vor Aufnahme des 1. Falles frei davon waren. Die neu erkrankten Kinder hatten zum Teil schon Wochen wegen verschiedener innerer Erkrankungen auf der Abteilung gelegen. Alle Kinder waren unter 6 Jahren.

Auch hier erweckte die Ausbreitung der Erkrankung auf einer Abteilung im Anschluß an die Aufnahme eines an E. s. f. leidenden Kindes durchaus den Eindruck einer Infektion. In der ganzen übrigen Klinik war zur selben Zeit kein Kind mit der Affektion behaftet.

Die Herde dieser Kinder hatten einen etwas entzündlicheren Charakter als bei den älteren Kindern. Die Gesichtshaut war ebenso bei allen leicht fettig-glänzend, und es bestand bei keinem der Fälle eine typische Seborrhoe des Kopfes. Die Affektion heilte bei allen auf Benutzung von Glyzerinseife.

Die bei einigen Kindern angestellte mykologische Untersuchung verlief ergebnislos.

Für die oben angeführte 1. Endemie in der Schulklasse, die sich im März und April zugetragen hat, könnte man schon das Wetter — rauhe Winde und kalte Luft — als Ursache annehmen. Überraschend ist es aber dann, daß in der ganzen Schule, deren Insassen doch unter den gleichen äußeren Bedingungen standen, nicht ein einziger weiterer Fall gefunden werden konnte. Diese auffällige Erscheinung spricht u. E. dagegen, daß klimatische Faktoren als Ursache in Frage kommen. Ebenso dagegen spricht auch das Auftreten und der Verlauf der 2. Endemie im Krankenhaus, bei der keins der erkrankten Kinder klimatischen Einflüssen ausgesetzt war. Daß die obengenannten äußeren Einflüsse die Infektion begünstigen können, durch Erzeugung eines Locus minoris resistentiae, ist natürlich ebenso verständlich wie das in den Vordergrundstellen dieser äußeren Ursachen wegen ihrer leichten Erkennbarkeit.

Die Möglichkeit der direkten Übertragung von einem Kinde auf das andere ist nicht nur nicht von der Hand zu weisen, sondern durch die unendlich vielen Möglichkeiten bei dem engen Zusammensein der Kinder u. E. äußerst wahrscheinlich. Das Balgen, das Sich-gegenseitig-Anfassen, Bewerfen mit Kleidungsstücken, gemeinsame Benutzung von feuchtem Tafelschwamm, Wischtuch usw. gibt Gelegenheit genug zur Übertragung der supponierten Erreger von einem Kind auf das andere. Ich verweise hier nur auf die gleichen Erklärungsversuche bei dem endemischen Auftreten der Alopecia parvimaculata in der Arbeit von HOFMANN und MARTIN aus unserer Klinik, in der das dauernde Verwechseln der aus rituellen Gründen getragenen Mützen als Übertragungsmechanismus angenommen wurde.

Zusammenfassend sei unser Standpunkt folgendermaßen präzisiert: Wir halten die Pityriasis sicca für eine infektiöse Erkrankung, rein auf Grund der Beobachtungen über das endemische Auftreten, auch wenn wir keinen speziellen Erreger gefunden und das Krankheitsbild experimentell reproduzieren konnten.

Digitized by Google

Aus dem Werkskrankenhaus der Surinaamsche Bauxite Maatschappij in Moengo, Holländisch Westindien, S. A.

Herpes zoster bei Lepra

Von

Dr. F. M. Peter, Facharzt für Dermatologie

Während man in Europa das Krankheitsbild des Herpes zoster relativ selten zu Gesicht bekommt, hat man hier weit öfter die Gelegenheit, solche Fälle in der Poliklinik zu beobachten. Dabei kommen viele dieser Fälle gar nicht bis zum Arzt, weil die Bevölkerung, bestehend aus Negern, Kreolen und Javanen, die Krankheit genau kennt und außer ihren Geheimmedizinen, meist ostindischen Ursprungs, auch Aspirin dagegen zu gebrauchen weiß. Nur schwere ausgebreitete Fälle suchen den Arzt auf, besonders, wenn die Effloreszenzen zur Nekrose neigen oder die Schmerzen bedeutend sind. Und tatsächlich scheint mir auch, daß die Lokalisation wie die Neigung zur Nekrosenbildung für die hiesigen Zosterfälle bemerkenswert ist. Natürlich wäre es unter diesen Verhältnissen sehr verlockend, Untersuchungen über die Ätiologie des Herpes zoster anzustellen, doch ist leider, hier im Busch, meine bakteriologische wie histologische Ausstattung noch nicht auf einer Höhe, die diesen Anforderungen entsprechen konnte. Ich muß mich daher auf Beobachtungen beschränken, glaube aber, daß das in diesen Fällen auch das wichtigere ist. Ich habe nämlich den Eindruck, daß der Großteil der hiesigen Zostererkrankungen sekundärer Natur ist und die Hauterkrankung lediglich als Effekt einer alltäglichen, das Krankheitsbild auslösenden Schädigung im Gebiet eines vorher durch andere Erkrankungen angegriffenen Nervengebietes aufzufassen ist. Wieweit dabei ein eventuelles Zostervirus mitwirkt, läßt sich schwer entscheiden. Doch glaube ich, daß sich mit der Annahme der sekundären Natur der hiesigen Zosterfälle auch das gehäufte Vorkommen am zwanglosesten erklären läßt, in einem Lande nämlich, dessen Bewohner von den verschiedensten chronischen Infektionskrankheiten (Malaria, Framboësie, Lepra, Lues usw.) befallen sind. Über eine Anzahl von Zosterfällen, die ich glaube mit Malaria in Zusammenhang bringen zu können, wird in einer späteren Arbeit berichtet werden, hier will ich einen Fall beschreiben, dessen Herpes zoster im Gebiet des ersten Trigeminusastes in Verbindung mit Lepra auftrat.

Pat. ist ein 16jähr., entschieden unterentwickelter Kreolenjunge mit stark chinesischem Einschlag. Am 7. V. 1926 macht er eine 20stündige Bootfahrt mit dem Flußdampfer, wobei er sich stark der Zugluft aussetzt. In der Nacht zum 8. V. 1926 bei Ankunft hier Kopfschmerzen, die auf der linken Stirnhälfte als am stärksten angegeben werden. Während des Tages Steigerung der Schmerzen mit Konzentration über dem linken Auge; der Vater des Jungen bemerkte am Abend Rötung und geringe Schwellung. Pat. schläft die Nacht zum 9. V. nicht und wird am Morgen von seinem Vater in die Poliklinik gebracht. Der erhobene Befund ist folgender:

Akut entzündlicher Prozeß der linken Stirnhälfte, linkes Auge stark geschwollen, kann nicht geöffnet werden. Die genaue, auffallend scharfe Begrenzung des Herdes

Digitized by Google

ist gegeben durch die Medianlinie, die Stirn-Haargrenze, Schläfen-Haargrenze und eine Linie, die vom oberen Ansatz des Ohres zum äußeren Augenwinkel gezogen werden kann. Weiter ist das obere Augenlid entschieden mehr beteiligt als das untere. In diesem scharf umschriebenen Bezirk, der sich gegen die Umgebung markant abhebt, starke, akut entzündliche Rötung wie ödematöse Schwellung. Auf diesem Grund haben sich Blasen bis 1 cm Durchmesser in dichter Anordnung gebildet. Die kleineren der Blasen zeigen hellseröse Flüssigkeit als Inhalt, während die größeren sich bereits getrübt haben. Bemerkenswert ist ferner ein kleiner fingerartiger Fortsatz, der, entsprechend dem Nasenfortsatz des 1. Trigeminusastes, vom großen Herde auf der linken Seite der Nase herabzieht. Auch er zeigt dasselbe Bild.

Subjektiv starke Kopfschmerzen. Temperatur 37,8°.

Therapie: 4 Aspirin pro die, lokal Puderverband in Form eines Pudersäckchens mit 6% Salizylpuder.

10. V. Kopfschmerzen geschwunden, Rückgang der Entzündung.

12. V. Die Blasen teils schon abgetrocknet, teils im Eintrocknen begriffen. Entzündung abgeklungen. Allgemeinbefinden gut.

14. V. Der Zoster im ganzen abgeheilt, nur an zwei Stellen, wo die größten Blasen waren, ist die Epithelisierung noch nicht vollendet.

16. V. Komplette Heilung; der ganze Bezirk von junger glatter Haut überzogen. Keine Knötchen oder sonstige Residuen nachzuweisen.

Bei der Allgemeinuntersuchung, anläßlich der Aufnahme in das Hospital, ergab sich überraschenderweise noch folgender „Nebenbefund":

Der obere Rand der rechten Ohrmuschel ist verdickt, bei Palpation lassen sich einzelne Knötchen unterscheiden. Die Nasenflügel fallen bei der Inspektion hier, wo man die breiten Nasen der Neger gewohnt ist, nicht besonders auf, doch scheinen sie mir palpatorisch ebenfalls verdickt, wenn auch einzelne Knötchen nicht zu unterscheiden sind. Augenbrauen beiderseits gut entwickelt, bzw. gut erhalten. Bei der Inspektion des Rumpfes ist auf der Vorderseite nichts Besonderes zu bemerken, hingegen zeigt der Rücken die typischen vielgestaltigen Flecken der Lepra anaesthetica, die sich bei der dunklen Haut in Depigmentationen ausdrücken. Von Erbsen- bis Handtellergröße sind alle Übergänge zu sehen. Ein Schmerz oder ein sonstiges subjektives Symptom an allen diesen Stellen nicht vorhanden. Knotenbildung fehlt am Rumpf völlig.

Die Extremitäten imponieren durch ihre auffallende Atrophie, die Arme z. B. haben den Umfang eines 10jähr., normal entwickelten Kindes. Ebenso sind die Oberschenkel von einer Entwicklung, die weit hinter dem Alter des Pat. zurücksteht. Flecken oder Knoten sind an Armen und Beinen nicht nachzuweisen; doch kann man an beiden Armen, oberhalb des Ellbogens, die Nn. ulnares als harte unempfindliche, etwa $^1/_3$ cm dicke Stränge leicht tasten. Einen interessanten Befund bieten wieder die beiden Hände. Einmal sind hier die Zwischenmuskeln in geringem Maße, wenn auch deutlich, atrophisch, dann aber zeigt sich eine Verdickung der Grund- wie der Mittelphalangen aller Finger beider Hände, wobei die Grundphalangen stärker betroffen sind. Soweit sich das ohne Röntgen feststellen läßt, scheint die Verdickung lediglich durch Knotenbildung in der Haut bzw. im Unterhautzellgewebe verursacht zu sein, wenigstens konnte ich keine Knochenveränderungen tasten. An den Endphalangen kein pathologischer Befund. Auf diese Weise bekommen die Finger eine kegelförmige Form. Von den Nägeln ist nur der Kleinfingernagel links brüchig und degeneriert, die übrigen scheinen, makroskopisch, in Ordnung zu sein. Eine ähnliche Veränderung, wie die eben beschriebene, weisen auch die Phalangen der beiderseitigen Zehen auf, die Nägel sind hier intakt, doch zeigt sich auf der Unterseite der rechten großen Zehe (Endphalange) ein völlig reaktionsloser etwa 1 cm tiefer, 5 mm im Durchmesser betragender Substanzverlust.

Bei der Untersuchung des Nasensekretes fanden sich auf beiden Seiten reichlich Leprabazillen, teils einzeln, teils in Gruppen, teils schon verklumpt im Beginn der Verschleimung.

Die Sensibilitätsprüfung, vorgenommen nach Abheilung des Zoster am 14. V., ergab den folgenden Befund:

Auf der linken Stirnhälfte, die vorher sorgfältig von Puder und Krusten gereinigt worden war, ist eine Unterscheidung von spitz und stumpf unmöglich, teilweise, besonders direkt über dem Auge, wird eine Berührung überhaupt nicht wahrgenommen. Es herrscht hier, wo der Zoster lokalisiert war, Hypästhesie,

Digitized by Google

die sich an manchen Stellen zur Anästhesie steigert. Sie hält genau das Gebiet des ersten Trigeminusastes ein. Unterhalb des linken Auges sind die Angaben, die sonst von dem intelligenten Pat. prompt gegeben werden, unpräzis, und neben richtigen Antworten werden ebenso viele falsche gehört. Also auch hier im Bereich des zweiten Astes eine merkliche Störung der Sensibilität. Das übrige Gesicht reagiert normal, ebenso ließen sich am Rumpf, auch im Bereich der Flecken, Unregelmäßigkeiten nicht nachweisen. Dagegen am linken Arm an der Außenseite eine deutliche hyperästhetische Zone, am linken Unterschenkel Anästhesie über dem Schienbein. Auch am linken Fußrücken hört die Unterscheidung von spitz und stumpf auf.

Ergänzt wird dieser Befund durch die Angaben des Vaters:

Die Erkrankung des Jungen, deren Art dem Vater bekannt ist, wurde vor 2 Jahren bemerkt, als ein hartnäckiger roter Fleck unterhalb des linken Auges nicht vergehen wollte. Man suchte damals den Arzt auf, der die richtige Diagnose Lepra stellte. Im späteren Verlauf trat dann die Schwellung der Finger wie die Knotenbildung am Ohr ein. Auch das beschriebene Ulkus stammt aus dieser Zeit. Es setzte dann eine Behandlung ein, die seit etwa 1 Jahr in Chaulmoograölestherinjektionen und Chaulmoograöl innerlich besteht. Der Fleck ist im Laufe der Behandlung geschwunden, und sollen sich auch die anderen Erscheinungen gebessert haben. Die letzte Injektion liegt ungefähr 2 Monate zurück, Chaulmoograöl, innerlich, wird weiter genommen.

Auf Grund dieser Beobachtung läßt sich nachstehende Diagnose stellen:

„Herpes zoster im Bereich des ersten Trigeminusastes links, entstanden auf dem Boden einer seit über 2 Jahren bestehenden Lepra, vorwiegend makuloanästhetischer Natur."

Gegen diese Diagnose ließe sich der Einwand erheben, daß es sich bei der beschriebenen Hautaffektion nicht um einen Herpes zoster, sondern um einen neuen Schub der sich weiter ausbreitenden Lepra handelt. Sowohl Sticker im Handbuch der Tropenkrankheiten, Bd. 2, Abschnitt „Lepra", wie Martin Mayer in seinem Buch „Exotische Krankheiten" beschreiben eine bläschenbildende Form, in der sich neue Schübe der Lepra, besonders der maculoanaesthetica, anzeigen können, die differentialdiagnostisch in Betracht kommt. Es entstehen dabei unter Fieber pemphigusartige oder zosteriforme Bläschen, die meist längere Zeit bestehen, deren Charakteristikum aber ist, daß nach ihrem Verschwinden neue Flecken bzw. Knötchen zum Vorschein kommen. Auch erysipelartigen Charakter können diese neuen Schübe haben, doch tritt auch da die wahre Krankheit bald deutlich hervor, wenn nach Abklingen die typischen Maculae und Noduli übrigbleiben. Daß sich diese Eruptionen auf bestimmte scharf umschriebene Nervengebiete erstrecken, finde ich nirgends betont, und ist auch bei dem wechselnden Charakter der Krankheit viel eher anzunehmen, daß auch diese Eruptionen der Lepra ganz unregelmäßig und wahllos am Körper auftreten und sich nicht an den Verlauf eines Nerven halten.

Vergleiche ich dieses Bild mit meinem Fall, so glaube ich, daß man es ausschließen kann, und zwar in folgender Überlegung: Wenn auch das Aussehen der Eruption an sich einem derartigen neuen Schub der Grundkrankheit nicht widerspricht, war doch in erster Linie die Lokalisation, die sich streng an die Grenzen des ersten Trigeminusastes hielt und sogar dessen kleinen Nasenfortsatz genau abzeichnete, für Zoster unbedingt typisch. Weiter war die Beeinflussung des Krankheitsbildes durch die übliche Zostertherapie: Puderverband und As-

Digitized by Google

pirin, eine deutliche, die Dauer der Erkrankung eine dem Zoster absolut gemäße, denn nach 6 Tagen war die Eruption abgeheilt, ohne irgend welche Residuen zu hinterlassen. Und speziell diese letztere Tatsache halte ich für den sicheren Beweis, daß es sich in diesem Fall um einen Zoster und nicht um einen zosterähnlichen Schub der Lepra gehandelt hat. Nach der Abheilung seines Zosters blieb nämlich Patient noch 10 Tage in unserem Hospital, bevor er in eine Leproserie abgeschoben wurde, und konnte ich auch bei der Entlassung irgend welche Veränderungen im Sinne eines neuen Lepraschubes nicht feststellen. Ich sehe daher die Diagnose Herpes zoster bei bestehender Lepra als gesichert an.

Betrachten wir nun das Verhältnis der beiden Affektionen zueinander, so scheint es wahrscheinlicher, daß es sich nicht um ein zufälliges Nebeneinander gehandelt hat, sondern daß ein gewisser Zusammenhang zwischen beiden bestand. Ein Zusammenhang, der so aufzufassen ist, daß sich in einem vorher durch die Lepra geschädigten Nervengebiet, nun ausgelöst durch ein äußeres Trauma, ein Zoster gebildet hat. In unserem Falle wurde vor etwa 2 Jahren festgestellt, daß der Patient durch Leprabazillen infiziert ist. Damals hatte er nämlich einen sehr resistenten Fleck auf der linken Wange, unterhalb des Auges, der als typisches Symptom einer Lepra maculoanaesthetica aufzufassen ist. Dieses Gebiet entspricht dem Innervationsgebiet des Trigeminus, und ist daher anzunehmen, daß dieser Nerv damals infiziert wurde. Auf die anatomischen Veränderungen, der Hauptsache nach in Entzündung mit nachfolgender Degeneration bestehend, die der Leprabazillus im Nervengebiet verursacht, brauche ich hier nicht näher einzugehen; sie sind genügend bekannt. Wohl aber wäre zu erwähnen, daß Zoster im Trigeminusgebiet sonst im jugendlichen Alter (16 Jahre), gewiß selten ist. Die angewandte Therapie scheint gerade auf dieses Symptom einen günstigen Einfluß gehabt zu haben, denn wir hören, daß der Fleck im Laufe der Behandlung schwand, und konnten auch jetzt, bei eigener Beobachtung, auf der linken Wange keine pathologischen Veränderungen feststellen. Der Prozeß scheint demnach in diesem Gebiet am ersten zum Stillstand gekommen zu sein, denn schon seit 1 Jahr ist der Fleck nicht mehr zu sehen. Doch hat es den Anschein, daß die eingeschlagene Therapie im späteren Verlauf auch im allgemeinen günstig gewirkt hat, denn zur Zeit der Aufnahme befand sich die Grundkrankheit sichtlich in einem der latenten Stadien, wie sie bei der Lepra bekannt sind, was auch im Einklang steht mit dem Bericht des Vaters, daß seit längerer Zeit keine neuen Erscheinungen mehr aufgetreten sind. Uns interessiert dabei hauptsächlich die Tatsache, daß vor etwa 2 Jahren akute Erscheinungen im Gebiet des zweiten Trigeminusastes bestanden, dieser Ast also erkrankt war und daraus auf eine vermutliche Erkrankung auch der anderen Äste, wie des Ganglion Gasseri, geschlossen werden kann. Die akute Infektion scheint schon seit geraumer Zeit abgeklungen zu sein, und ist zu vermuten, daß die üblichen degenerativen Veränderungen in mehr oder minder geringem Maße restieren.

Digitized by Google

Auf dieser Basis entwickelt sich nun im oberen Aste, im Anschluß an ein äußeres Trauma, ein typischer Herpes zoster. Ich glaube daher, daß die Kombination nicht zu weit getrieben ist, wenn man annimmt, daß sich der Zoster auf diesem durch die Lepra geschädigten Nervengebiet entwickelt hat, so also als sekundärer Zoster anzusprechen ist. Dem Trauma des Luftzuges mag dabei ein gewisser auslösender Einfluß zukommen, wohingegen ich nicht glaube, daß zur Erklärung des Krankheitsbildes die Mitwirkung eines Virus angenommen werden muß, wenn ich auch seine Abwesenheit nicht beweisen kann. Ich denke vielmehr, daß sich der Herpes zoster ähnlich wie bei Lues und Tuberkulose auch bei der Lepra entwickelt.

Ein Vergleich meines Falles mit der Literatur ist mir leider nur in sehr geringem Maße möglich. Da ich lediglich meine eigene noch sehr bescheidene Bibliothek zur Verfügung habe, so konstatiere ich nur, daß ich in den Arbeiten der letzten 3 Jahre und in den großen Sammelwerken keinen Anhaltspunkt für ein spezifisches oder gehäuftes Auftreten von Zoster finden konnte. Ob sich in den obigen Mitteilungen von Sticker und Martin Mayer nicht doch in manchen Fällen ein Zoster verbirgt, dessen Effloreszenzen sich dann nach dem Gesetz von Reizung und Hauterkrankung in Lepraeffloreszenzen umgewandelt haben, entzieht sich der Beurteilung.

Der deutschen dermatologischen Klinik in Prag danke ich bestens für die Durchsicht der Arbeit.

Histologische Untersuchung eines Falles von zirkumskripter Sklerodermie en plaques und en bande

Von

Dr. Menahem Hodara in Konstantinopel

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin)

Ein junges Mädchen von 17 Jahren stellte sich uns mit drei Sklerodermieflecken vor. Der seit einem Jahre bestehende älteste von ihnen zeigt die Form eines langen Bandes an der Innenfläche des linken Armes, von der Achselhöhle bis zur Innenfläche des Ellbogens sich in einer Breite von ungefähr 4 cm erstreckend. Im Bezirke dieses sklerodermischen Bandes ist die Haut hart, man hat stellenweise das Gefühl eines dicken Pergamentes oder eines Kartenblattes; sie erscheint wachsartig, gelblichweiß, umgeben von einem veilchenblauen Rande (lilac ring), während die umgebende normale Haut bräunlichrot, weich ist. Die Oberfläche der Haut des Bandes ist stellenweise etwas geschwollen, empfindlich, über das Niveau der angrenzenden gesunden Haut erhaben; an anderen Stellen hingegen etwas unter das normale Niveau eingesunken.

Der zweite sklerodermische Fleck, viel frischer, seit 6 Monaten bestehend, sitzt an der Innenfläche des rechten Armes nahe dem Handgelenk, als rundlicher Fleck von 4 cm Durchmesser; er ist perlmutterartig glänzend, viel weißer als die periphere rotbraune Haut, jedoch nicht eingesunken, sondern mit ihr in gleichem Niveau; beim Berühren erscheint die Haut des Fleckens etwas hart, sklerotisch, in der Peripherie sieht man keinen lilac ring.

Der dritte Fleck, von noch jüngerem Datum, sitzt unterhalb der linken Brust, er ist rundlich, sehr klein, im Durchmesser von ungefähr 2—3 cm, perlmutterartig,

Digitized by Google

viel weißer als die umgebende, normale, braunrote Haut; beim Berühren erscheint die Haut hier leicht verhärtet, wie Pergament.

Von dem ersten großen sklerodermischen Bande am linken Arm wurde ein Stück für die mikroskopische Untersuchung exzidiert.

Histologische Untersuchung

An dem von dem sklerodermischen Bande ausgeschnittenen Stücke sieht man zwei Phasen: eine ödematöse hypertrophische und eine nicht ödematöse atrophische, sowie eine Übergangszone zwischen den beiden Zonen, der hypertrophischen und der atrophischen.

Epidermis

In der ödematösen hypertrophischen Zone sieht man ein hyperkeratotisches Stratum corneum, zusammengesetzt aus zwei oder drei übereinander gelagerten, stellenweise untereinander gelockerten Hornlamellen mit leeren Zwischenräumen zwischen den Lamellen und Hohlräumen in den Lamellen selbst, an anderen Stellen unter der Form eines kompakten, verdickten, hyperkeratotischen Hornlagers. Stellenweise sieht man Haufen von Pigmentkörnern oder Pigmentmassen. Unterhalb dieses hyperkeratotischen Hornlagers sieht man das Stratum granulosum aus 1—2—3 Reihen großer granulierter Zellen mit großen Keratohyalinkugeln zusammengesetzt. Die Stachelzellenschicht ist hypertrophisch und ödematös, die interzellulären Lymphräume sind wenig, nur in den unteren Reihen hier und da stärker dilatiert im Zusammenhange mit den stark dilatierten Lymphspalten des Papillarkörpers. In der Epidermis ausgedehntes parenchymatöses und intrazelluläres Ödem mit Höhlenbildung nach LELOIR. Das Zellprotoplasma ist voluminös und ödematös, Protoplasma und Kerne vergrößert; die Kernhöhlen sehr dilatiert, die Kerne von großen ödematösen Höhlen umgeben. An einzelnen Stellen sind die Kerne durch das Ödem an die Peripherie gedrängt, einzelne von ihnen sind auf dem Wege, atrophisch zu werden und zu verschwinden. Die Zellen der Basalreihen zeigen stellenweise das stärkste Ödem; andererseits sind die Zellen der follikulären Zellscheiden und der Mündungen der Schweißdrüsenkanäle gleichfalls stark ödematös, mit großen dilatierten, mit Ödem angefüllten Kernhöhlen. Die epidermale Stachelzellschicht ist an einzelnen Stellen hyperplastisch, die Zellreihen hypertrophisch und ödematös, an Zahl vermehrt. Man sieht einige Epithelzapfen in kleiner Zahl und nur wenig gegen die Kutis verlängert.

Wie bereits erwähnt, sieht man in unseren Präparaten drei Zonen: die eben beschriebene ödematöse hypertrophische, eine atrophische nicht ödematöse und eine zwischen diesen beiden gelegene Übergangszone. In dieser sieht man stärkere Hyperkeratose des Stratum corneum. Das Keratohyalin des Stratum granulosum beginnt sich zu verringern und zu schwinden. Es findet sich in der Übergangszone eine Verminderung des Ödems der Epidermis. Das intrazelluläre Ödem ist viel geringer, die Zellen sind nicht mehr hypertrophisch; die stellenweise noch ödematöse Stachelzellenschicht beginnt sich in eine homogene Lage umzuwandeln, in der man die Zellkonturen nicht mehr genau unterscheiden kann. Das Ödem fängt an zu schwinden, und die vorher großen und ovalären Zell-

Digitized by Google

kerne werden klein und nehmen eine abgeplattete Form an. In der rein atrophischen Zone schließlich sieht man Schwund des Stratum granulosum und des Keratohyalins. Die vorher voluminöse und ödematöse Epidermis verdünnt, reduziert und atrophisch, in eine kleine homogene Platte umgewandelt, in der man keine Zellkontur, keine ödematöse Lücke bemerkt, nur eine dünne, homogene, aus 2—3—4 parallelen Reihen abgeplatteter Kerne zusammengesetzte Platte, wie eine Schuppe; in dieser atrophischen Zone sieht man keine Spur von Epithelzapfen, und die Basalschicht stellt sich unter der Form einer den Papillarkörper überlagernden Linie oder Platte dar, der in gleicher Weise eine Linie oder Platte darstellt, so daß eine über der anderen liegt. Die Hyperkeratose ist in der atrophischen Zone noch stärker ausgeprägt; man sieht an der Oberfläche zahlreichere Schuppen als in der hypertrophischen ödematösen Zone, die Schuppen enthalten Reihen abgeplatteter Kerne, schließlich ist in der atrophischen Zone die ganze Epidermis in eine direkt über dem Papillarkörper lagernde Schuppe umgewandelt.

Kutis

Ebenso wie in der Epidermis sieht man auch in dem Papillarkörper und der Kutis drei Zonen: eine hypertrophische ödematöse, eine atrophische nicht ödematöse und eine intermediäre Übergangszone. In der hypertrophischen ödematösen Zone sieht man im Papillarkörper einige, aber wenig zahlreiche Papillen, und zwar nur wenig hervorragend. Das Ödem ist hier sehr intensiv und erstreckt sich bis zur Basis der Epidermis; man sieht stark erweiterte Gefäße und Lymphspalten unter der Form multipler, unregelmäßiger, mehr oder weniger breiter Kanäle, die das ganze Gewebe des Papillarkörpers durchfurchen bis zu der Basis der Epidermis. In dem unmittelbar über dem Papillarkörper gelegenen Abschnitt nehmen die erweiterten Lymphräume zum Teil sehr bizarre Formen an, wie Kanäle oder häufiger noch wie rundliche Inseln oder zahlreiche rundliche Hohlräume, die so zwischen der unmittelbar über dem Papillarkörper gelegenen Schicht und der Basis der Epidermis liegen. Im Papillarkörper und in den Papillen sind die Bindegewebsfasern gebläht und verdickt, enthalten aber wenig fusiforme Bindegewebszellen. Der obere und mittlere Kutisabschnitt dieser hypertrophischen ödematösen Zone zeigt ein intensiveres Ödem, die Lymphspalten sind unter der Form breiter, sehr unregelmäßiger Kanäle stärker dilatiert, ebenso auch die Lymphgefäße und einige Blutgefäße, in deren Lumen man bisweilen einige Lymphozyten und Mononukleäre sieht. Die Bindegewebsfasern sind gebläht, hypertrophisch, unter der Form großer, viel umfangreicherer Fasern, man sieht eine Proliferation der Bindegewebszellen vom fusiformen Typus, unregelmäßig über die hypertrophischen Bindegewebsbündel verstreut. Um manche Schweißdrüsenknäuel oder Haarfollikel herum finden sich in mehr oder weniger großen Haufen Zellinfiltrationsherde aus rundlichen Zellen mit stark gefärbten Kernen, daneben an einzelnen Stellen Plasmazellen und Zellen von unregelmäßig rundlicher Form. Auch unabhängig davon zeigt das Kutisgewebe einige aus diesen rundlichen, stark gefärbten und damit vermischten Plasmazellen bestehende Herde. Um die Gefäßwände herum sieht man jedoch

Digitized by Google

keine perivaskulären Zellscheiden. Im Bereiche dieser großen periglomulären Zellinfiltrationsherde ist das Bindegewebe rarefiziert und stellenweise geschwunden. Der untere Abschnitt der Kutis und zum Teil auch die Subkutis läßt in der hypertrophischen ödematösen Zone sehr große Bindegewebsbündel erkennen, ferner eine sehr reichliche Proliferation fusiformer Bindegewebszellen unter der Form von Bindegewebszellzügen von fusiformem Typus, sowie im unteren Abschnitt der Kutis und in der Subkutis große Bindegewebsbündel und verdickte Bindegewebsflächen, fast vollkommen von einer großen Menge von Zügen fusiformer Bindegewebszellen bedeckt. In der Subkutis ist das Fettgewebe stellenweise von sehr zahlreichen Bindegewebszellen von fusiformem Typus oder von Herden rundlicher und Plasmazellen umgeben. Im unteren Abschnitt der Kutis finden sich einige Gefäße mit proliferierten Endothelzellen, deren Lumen zum Teil oder völlig thrombosiert ist. Bisweilen sind an diesen thrombosierten Gefäßen alle Zellen der Gefäßwand proliferiert. Die elastischen Fasern sind in der ödematösen, hypertrophischen Zone überall bis zu der Basis der Epidermis erhalten, jedoch an manchen Stellen hypertrophisch, gebläht, um das 2—3—4fache verdickt und dann zum Teil schwächer gefärbt als normale elastische Fasern. In den Zellinfiltrationsherden fehlen elastische Fasern.

In der Übergangszone zwischen der hypertrophischen ödematösen und der atrophischen Zone sieht man im Papillarkörper und in der Kutis die Verminderung des Ödems, wenig erweiterte Lymphspalten.

In der atrophischen Zone ist schließlich im Papillarkörper und in der Kutis das Ödem vollständig geschwunden; man sieht weder Kapillaren noch Lymphgefäße, kaum Spuren von Lymphspalten. Das Bindegewebe ist kompakt, verdichtet, vereinheitlicht, komprimiert, homogenisiert; es enthält sehr wenig fusiforme Bindegewebszellen. Im Papillarkörper sind die Papillen völlig geschwunden. Die über dem Papillarkörper gelegene Partie zeigt sich unter dem Bilde einer Linie oder einer Platte, über der die atrophische und auf eine dünne desquamierende Lage reduzierte Epidermis gelagert ist. Die elastischen Fasern zeigen sich im Papillarkörper und in der Kutis in dieser atrophischen Form rarefiziert.

Zusammenfassung

In unseren Schnitten von dem Bande zirkumskripter Sklerodermie sieht man hypertrophische, weniger hypertrophische und nicht hypertrophische Abschnitte, die in Atrophie übergehen. In den ödematösen hypertrophischen Abschnitten ist in der Epidermis die Stachelzellenschicht hypertrophisch, mit beträchtlichem intrazellulärem Ödem und sehr ausgesprochener Hyperkeratose. In der Kutis intensives Ödem, beträchtliche Dilatation der Lymphwege, enorme Hypertrophie der Bindegewebsfasern, vor allem stark ausgeprägt in dem mittleren und unteren Abschnitt der Kutis, und in diesem Bereiche auch sehr beträchtliche Proliferation der fusiformen Bindegewebszellen. Um einige Schweißdrüsenknäuel und Follikel herum und unabhängig davon auch an einigen Stellen im Gewebe Infiltrationsherde von rundlichen, stark gefärbten Zellen, mit Plasmazellen vermischt. In denselben Abschnitten finden

Digitized by Google

sich einige Gefäße mit Proliferation der Endothel- und Wandzellen und teilweise oder völlig thrombosiertem Lumen. Die elastischen Fasern sind überall erhalten, an einigen Stellen hypertrophisch, an anderen schwach gefärbt, im Zustande der Regression. Andere Stellen der Schnitte zeigen in Kutis und Epidermis mehr und mehr zunehmende Verminderung des Ödems. Schließlich kommen Stellen, an denen das Ödem völlig geschwunden ist und sich beginnende Atrophie zeigt. An diesen nicht ödematösen atrophischen Stellen ist die Epidermis zurückgebildet, verdünnt, atrophisch, sie besteht aus einer kleinen homogenen Platte, in der die Zellkonturen nicht zu sehen sind und die 2—3 parallele Reihen kleiner abgeplatteter Kerne enthält. Die Hyperkeratose ist hier noch viel beträchtlicher, die Epithelzapfen sind verschwunden. Ebenso sind im Papillarkörper die Papillen geschwunden. Das Ödem ist in den atrophischen Abschnitten völlig geschwunden; man sieht weder Kapillaren noch Lymphgefäße. Das Bindegewebe ist kompakt, verdichtet, fast ganz gleichmäßig; man sieht fast keine Bindegewebszellen, kaum hier und da eine vereinzelte. Die elastischen Fasern sind hier verdünnt und rarefiziert.

Aus dem Institut der pathologischen Anatomie (Vorstand: Prof. O. Barbacci), dem Institut Prof. G. Bolognesi und dem Institut Prof. G. Pollacci

Experimentell hervorgerufene mykotische Arthritiden und Myositiden

Von

Dr. Giorgio A. Chiurco

Mit 4 Abbildungen im Text

Auf Grund meines seit einigen Jahren betriebenen Studiums der „chirurgischen Pilzkrankheiten“ und der diesbezüglichen Beobachtungen [1]) kam ich zur Anschauung, daß gewisse chronische Gelenkentzündungen, welche scheinbar einen tuberkulösen Charakter aufweisen, in Wirklichkeit von ganz anderen Krankheitsursachen ausgelöst werden.

Die ätiologische Differentialdiagnose hat in diesen Fällen nicht nur vom pathologisch-anatomischen, sondern auch vom therapeutischen Standpunkte aus einen besonderen Wert, da mit ihrer Hilfe diese Krankheitsformen leichter der konservativen Behandlung, besonders jener mit Jodsalzen, zugänglich sind; tatsächlich konnte in vielen Fällen, in denen die Amputation der erkrankten Gliedmaße erwogen werden mußte, auf Grund der richtigen Diagnose von derselben Abstand genommen werden.

---

[1]) Die Ergebnisse dieser Studien sind in folgenden Arbeiten niedergelegt: „Experimentell hervorgerufene chirurgische Pilzkrankheiten“ (Path. 15. VIII. 1923); „Über einen Fall von Osteo-Periostitis des Unterkiefers, hervorgerufen durch Sterigmatocystis nidulans“ (kgl. Akademie der Fisiocritici, 25. I. bis 29. II. 1924); Die Symbiose der Hypho-Schizomyzeten (kgl. Akademie der Fisiocritici, 30. V. 1924); „Klinische und experimentelle Untersuchungen über einen Fall von Cryptococcus hominis“ (La stomatologia. 1925, Bd. 13, Nr. 3).

Digitized by Google

Die häufigsten in Betracht kommenden Pilzkrankheiten sind die Sporotrichose und die Aktinomykose, von denen die erstere viel häufiger im Knochengewebe und besonders in den Gelenken anzutreffen ist.

Ohne hier näher auf die Kasuistik der durch Pilze hervorgerufenen Gelenks-Synovialerkrankungen einzugehen, da ich darüber eingehend in einer im Druck befindlichen Arbeit: „Micosi chirurgiche" (Libreria, Ed. Senese, 1927) berichtet habe, möchte ich im folgenden — da es mir vom Standpunkt des chirurgischen Pathologen aus nützlich erscheint — die Veränderungen schildern, welche bei der Einimpfung verschiedener Pilzstämme in die Gelenkhöhlen und Muskeln auftreten.

Die von mir ausgeführten Versuche, die ausnahmslos an weißen Ratten vorgenommen wurden, variieren je nach der Stelle der Einimpfung und dem Stamme der Kultur. Diese wurden auf dem von Pollacci angegebenen Nährboden gezüchtet und betrafen die folgenden Stämme:

1. Actinomyces bovis,
2. Sterigmatocystis nigra,
3. Haplographium Aleyrodes,
4. Endomyces albicans,
5. Microsporon fulvum,
6. Metarrhizium Anisopliae,
7. Trichophyton radiolatum,
8. Trichophyton sp. (sez. endothrix).

Die häufigsten Impfstellen waren die Muskeln, die Gelenke, ferner auch die Hoden. Die Tiere wurden zwecks Sektion in verschiedenen Abständen (10—35 Tage) nach der Einimpfung des Pilzes und zwecks histologischer Untersuchung getötet; die bei der Autopsie angelegten Kulturen ergaben ziemlich häufig in den an der Impfstelle aufgetretenen Herden ein positives Resultat des jeweilig zur Impfung verwendeten Pilzes. Seltener fanden sich die gleichen Erreger in Lungenherden.

Die Untersuchungsergebnisse sind von Bedeutung, weil hauptsächlich Pilzarten verwendet wurden, welche von oberflächlicher Läsionen stammten oder überhaupt nicht bei Erkrankungen des Menschen angetroffen werden.

Versuche

1. Eröffnung des rechten Kniegelenkes, Einbringung eines Stückchens Kultur von Actinomyces bovis. Das Tier wird nach 30 Tagen getötet. Das Kniegelenk war angeschwollen, dann hatte sich die Schwellung allmählich zurückgebildet.

2. Einimpfung von Actinomyces bovis in die Muskulatur des linken Oberschenkels, Tötung des Tieres nach 30 Tagen. An der Impfstelle war eine Schwellung aufgetreten, die sich langsam zurückgebildet hatte. Es handelte sich um kleine nekrotische Knoten, die dann nach außen durchbrachen; außerdem bestanden broncho-pneumonische Herde.

3. Einimpfung von Actinomyces bovis in den rechten Hoden, Tötung des Tieres nach 11 Tagen. Bei der Sektion resultieren Veränderungen hauptsächlich im Nebenhoden. Mikroskopisch finden sich in den Nebenhodenkanälchen und dem Nachbargewebe infiltrierende Knötchen plasmazellulärer Natur von subakutem und chronischem Verlaufe.

4. Intramuskuläre Impfung mit Actinomyces bovis in den linken Oberschenkel. Tötung des Tieres nach 11 Tagen. In den Muskeln hatten sich degenerativ-nekrotische Granulome gebildet.

5. Eröffnung des rechten Kniegelenkes, Einbringung eines Stückchens Kultur von Sterigmatocystis nigra in die rechte Gelenkhöhle. Das Gelenk schwillt rapid an und bleibt so bis zur Tötung des Tieres, die nach 12 Tagen erfolgt.

Digitized by Google

6. Intramuskuläre Einimpfung von Sterigmatocystis nigra in den Oberschenkel, Tötung des Tieres nach 12 Tagen. Das rechte Knie ist geschwollen und zeigt einen graugefärbten Weichteilherd. Dieser Herd ist zentral erweicht und nach außen durchgebrochen. Die Kulturen enthielten den Pilz, und es wurden auch broncho-pneumonische Herde beobachtet[1]).

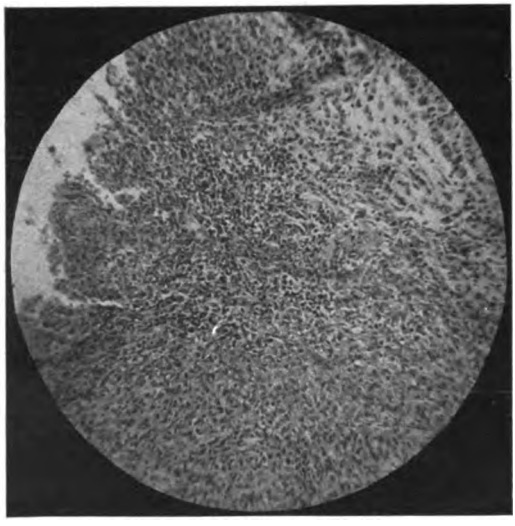


Abb. 1. (Koristka, Obj. 5, Ok. 3.) Gelenkimpfung mit Microsporon fulvum, Beobachtung nach 22 Tagen. Verdickung der Gelenkkapsel und Synovia mit hyperplastischen Entzündungsknoten

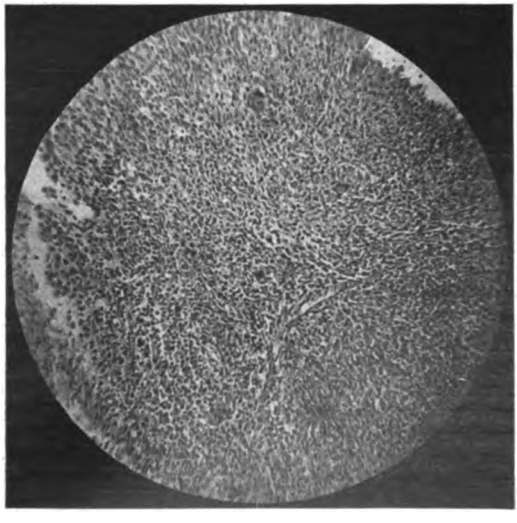


Abb. 2. (Koristka, Obj. 5, Ok. 3.) Periarthritis des Kniegelenkes nach Impfung mit Trichophyton radiolatum. Beobachtung nach 22 Tagen. Verdickung der Gelenkkapsel-Synovia mit hyperplastischen granulomatösen Knötchen mit einzelnen Riesenzellen

7. Arthrotomie. Einbringung eines Stückchens Kultur von Haplographium Aleyrodes in die eröffnete Kniegelenkshöhle. Das rechte Knie schwoll rapid an und blieb so bis zu der am 22. Tage erfolgten Tötung des Tieres.

Makroskopischer Befund: Die Gelenkhöhle enthält spärliche blutig-seröse Flüssigkeit. Die Gelenkkapsel und Synovia ist ziemlich verdickt und ödematös.

Mikroskopischer Befund: An den Gelenkköpfen nichts Besonderes. Die Synovia und die Gelenkkapsel sind Sitz von Infiltraten, doch beobachtet man auch Epitheloid- und einzelne Riesenzellen. Ferner findet sich blutig-nekrotisches Gewebe mit Pilzelementen und lympho-leukozytärer Reaktion.

8. Intramuskuläre Impfung mit Haplographium Aleyrodes in den Oberschenkel, Tötung des Tieres nach 22 Tagen. An der Impfstelle war eine Schwellung aufgetreten.

Mikroskopischer Befund: Man sieht granulomatöse Entzündungsherde mit Pilzmassen sowie lympho-leukozytärer und plasmazellulärer Reaktion.

9. Einimpfung von Haplographium Aleyrodes in die Oberschenkelmuskulatur, Tötung des Tieres nach 23 Tagen.

Mikroskopisch beobachtet man hyperplastisches Granulom mit reichlichen Riesenzellen.

Bei den mit Haplographium behandelten Tieren traten auch Lungenherde auf.

10. Arthrotomie. Einbringung von Kulturen von Endomyces albicans ins eröffnete Kniegelenk. Tötung des Tieres nach

---

[1]) Die Befunde der beiden eben erwähnten Versuche werden in der Abhandlung „Micosi chirurgiche" näher behandelt werden.

Digitized by Google

11 Tagen. In der ersten Woche war das Knie angeschwollen, um dann allmählich abzuschwellen. Es handelte sich um eine fibrinös-nekrotische Gelenk-Synovialentzündung.

11. Einimpfung eines Stückchens Kultur von Endomyces albicans in die Oberschenkelmuskulatur, Tötung des Tieres nach 11 Tagen. Es hatten sich kleinste Knötchen in der Muskulatur des Oberschenkels entwickelt, die sich dann langsam zurückgebildet hatten. Der Sektionsbefund ist fast negativ.

12. Einbringung von Mikrosporon fulvum in die eröffneten Kniegelenke und in die Oberschenkelmuskulatur, Tötung des Tieres nach 22 Tagen. Die Gelenke waren rapid angeschwollen und so bis zur Sektion geblieben.

Makroskopischer Befund: Die Gelenkhöhlen weisen eine ziemlich verdickte Kapsel und Synovia auf, an den Gelenkenden ist nichts Besonderes nachzuweisen.

Mikroskopisch finden sich in Kapsel und Synovia diffuse entzündliche Infiltrate mit lymphatischen Elementen, Epitheloid- und vereinzelten Riesenzellen (Abb. 1). In den Lungen finden sich auch broncho-pneumonische Herde.

13. Einbringung eines Stückchens Kultur von Metarrhizium Anisopliae ins eröffnete Kniegelenk. Dieses schwillt in den ersten beiden Wochen an, dann geht die Schwellung allmählich zurück. Tötung des Tieres nach 24 Tagen.

Makroskopischer Befund: Die Weichteile des Kniegelenkes sind ziemlich verdickt, besonders an der Innenseite, die Innenfläche der Synovia ist stellenweise trüb und sehr unregelmäßig.

Mikroskopischer Befund: Die Gelenkköpfe weisen an einigen Stellen des Knorpelüberzuges proliferierende Zellreaktion auf. An der Gelenkkapsel und der Synovia findet sich ein Granulationsgewebe, bestehend aus lymphatischen Elementen, epitheloiden und vereinzelten Riesenzellen; stellenweise ist die Kapsel diffus verdickt mit mehr umschriebener proliferierender Reaktion der Zellelemente der Synovialmembran.

14. Einimpfung von Metarrhizium Anisopliae in die Oberschenkelmuskulatur, Tötung des Tieres nach 24 Tagen.

Abb. 3. (Koristka, Obj. 5, Ok. 3.) Inframuskuläre Infiltration als Folge von Impfung mit Trichophyton radiolatum. Beobachtung nach 20 Tagen

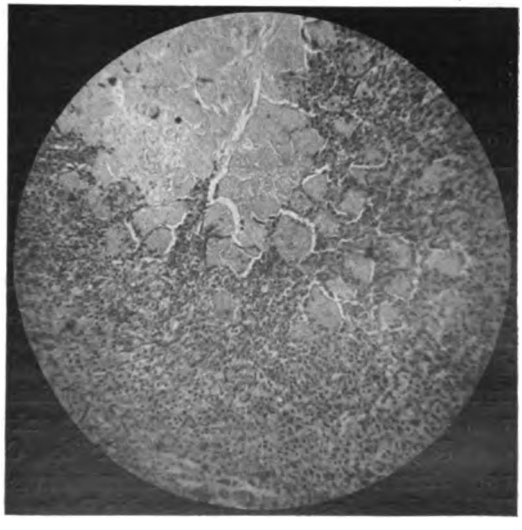


Abb. 4. (Koristka, Obj. 5, Ok. 3.) Einimpfung von Trichophyton in die periartikuläre Muskulatur. Beobachtung nach 20 Tagen. Degeneration der Muskelfasern mit Nekrobiose und interstitieller kleinzelliger Infiltration

Digitized by Google

Makroskopisch beobachtet man Knötchen in der Umgebung der Impfstelle.

Mikroskopisch sind hyperplastische granulomatöse Bildungen in der Muskulatur zu beobachten. Das Infiltrat dringt zwischen die Muskelbündel ein, welche ihrerseits Tendenz zum Verschwinden zeigen. In den mit Metarrhizium Anisopliae behandelten Fällen beobachtete man bronchopneumonische Herde.

15. Einbringung eines Stückchens Kultur von Trichophyton radiolatum ins eröffnete Kniegelenk. Tötung des Tieres nach 22 Tagen. Das Gelenk war in den ersten zwei Wochen angeschwollen, dann war die Schwellung teilweise zurückgegangen.

Makroskopischer Befund: Verdickung der Weichteile des Gelenkes. Gelenkkapsel und Synovia sind stellenweise trüb und unregelmäßig.

Mikroskopisch sieht man Kapsel und Synovia von einem Granulationsgewebe durchsetzt, das aus lymphoiden Elementen, epitheloiden Zellen und vereinzelten Riesenzellen besteht; hier und da begegnet man diffusen, die Kapsel durchsetzenden fibrinösen Verdickungen (s. Abb. 2).

16. Einbringung eines Stückchens Kultur von Trichophyton endothrix ins eröffnete Kniegelenk. Tötung des Tieres nach 22 Tagen.

Makroskopischer Befund: Verdickung der Weichteile des Knies, besonders an der Innenseite. Die Oberfläche der Synovia ist stellenweise trüb und unregelmäßig.

Mikroskopischer Befund: Synoviale Verdickungen der Kapsel unter Bildung von hyperplastischen granulomatösen Knötchen und einzelnen Riesenzellen. Bei den mit Trichophyton geimpften Tieren fanden sich auch bronchopneumonische Herde.

17. Intramuskuläre Impfung mit Trichophyton. Tötung des Tieres nach 20 Tagen.

Makroskopisch beobachtet man Knötchenbildung in der Oberschenkelmuskulatur in der Umgebung der Impfstelle.

Mikroskopisch sind entzündliche Infiltrationsherde unterhalb der Muskulatur zu sehen (s. Abb. 3).

18. Einimpfung einer Trichophyton(sp.)kultur in die Muskulatur in der Nähe des Kniegelenkes. Tötung des Tieres nach 20 Tagen.

Makroskopisch finden sich Entzündungsherde, welche die Gelenkbänder einhüllen und sich zwischen die Muskelbündel des Ober- und Unterschenkels verbreiten.

Mikroskopisch zeigt sich Degeneration der Muskelfasern mit Nekrobiose und interstitieller kleinzelliger Infiltration (s. Abb. 4).

Zusammenfassung

Die von mir experimentell hervorgerufenen, schleichend verlaufenden Gelenkentzündungen bilden eine neue Gruppe unter den zahlreichen lokalisierten chronischen Periarthritiden und können pathologisch-anatomisch den sporotrichotischen und tuberkulösen genähert werden. Wenn wir die — übrigens seltene — mykotische Allgemeininfektion beiseite lassen, welche sich im besonderen durch multiple Lungenabszesse dokumentiert, haben wir es mit einem hyperplastischen oder nekrotisch-eitrigen Granulom an der Impfstelle zu tun. Die ätiologisch verschiedensten chirurgischen mykotischen Granulome können in einzelnen Fällen auch spontan zurückgehen. Diese Tatsache hat eine große Bedeutung, weil die Befunde der verschiedenen Autoren ziemlich konstant sind und ferner, weil die experimentelle Pathologie uns vielleicht in Zukunft zu einer richtigeren Beurteilung von derartigen klinischen Bildern führen wird, die vom medizinisch-chirurgischen Standpunkt aus noch selten sind.

Folgende Ergebnisse sind für den Chirurgen wichtig: Die Bildung von akuten und subakuten Entzündungsherden in den periartikulären Weichteilen des Kniegelenkes der Ratten, subakute oder auch akute Periarthritiden von entzündlich-hyperplastischem und nekrotisch-degenerativem Typus, manchmal Myzelfäden des Pilzes enthaltend, welcher dann von reaktiven lympho-leukozytären Zonen umgeben ist, die ziemlich reich an Plasmazellen, aber fast ganz frei von Riesenzellen sind.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin
(Direktor: Prof. Dr. LÖHE)

Erfahrungen mit Quecksilber-Inhalationsbehandlung der Syphilis nach SPUHL

Von

JULIUS SPRINGMANN

(Schluß)

Lues II

Es kamen 72 Patienten mit sekundär-syphilitischen Erscheinungen zur Behandlung. Reine Inhalation erfuhren hiervon 52 (Fall 17—68), und zwar erhielten 31 mehr als 40 Tabletten (bis zu 61 Tabletten), 9 zwischen 30 und 40 Tabletten und 12 weniger als 30 Tabletten.

Bei 16 Patienten bestand bei Beginn der Kur noch der Primäraffekt, und zwar 13mal an den Genitalien, 2mal im Rektum, 1mal an einer Tonsille. Die Abheilung erfolgte durchschnittlich nach 16 Tagen mit 12,5 Tabletten. Ein Riesenprimäraffekt von $5\frac{1}{2} : 6\frac{1}{2}$ cm Durchmesser (Fall 17) erforderte 18 Tage (14,5 Tabletten), ein Fall von multiplen Primäraffekten (Fall 18) 21 Tage (18,5 Tabletten).

Von den beiden Primäraffekten im Rektum heilte der eine (Fall 19) nach 13 Tagen (10,5 Tabletten), der andere (42) erst nach 22 Tagen (17,5 Tabletten) ab.

Der Heilungsverlauf des Primäraffekts der linken Tonsille (Fall 75) wurde durch eine interkurrente Angina follicularis verzögert, wegen deren die Inhalation mehrere Tage unterblieb.

Von ausgebreiteten Exanthemen beobachteten wir 13mal eine Roseola, davon 11mal eine kleinfleckige, eine großfleckige (Fall 22) und eine urtikarielle (Fall 68). Die Abheilung erfolgte durchschnittlich nach 12 Tagen (9,5 Tabletten). Die großfleckige Roseola war nach 12 Tagen (12,5 Tabletten), die urtikarielle nach 4 Tagen (2,0 Tabletten) abgeblaßt.

Von papulösen Exanthemen kamen 22 zur Behandlung. Hiervon waren 11 auf den Rumpf beschränkt, 3 erstreckten sich auch auf das Gesicht, 4mal waren Handteller und Fußsohlen mitbefallen, 3mal beobachteten wir gruppierte Syphilide an den Extremitäten.

Die papulösen Exantheme am Stamm heilten nach durchschnittlich 23 Tagen (25 Tabletten) unter Hinterlassung von dunkelbraun pigmentierten Flecken ab.

Die Abheilung der gruppierten Syphilide (Fall 21, 28, 39, 52) erforderte 15 Tage (14 Tabletten), die der seborrhoiden Papeln an der Stirnhaargrenze, Naso-labial- und Kinnfurche in einem Falle (39) 7 Tage (11,5 Tabletten), in einem zweiten (50) 12 Tage (8,5 Tabletten) und in einem dritten (55) 25 Tage (17 Tabletten).

Papeln an Händen und Fußsohlen heilten 3mal nach 13 Tagen (Fall 20 27, 52), 1mal nach 10 Tagen (Fall 17) ab. Die hierbei erforderliche Tablettenzahl war: in den ersten 3 Fällen 6,5 bis 11,5, im letzten Falle 5 Tabletten.

Besonders lange Zeit beanspruchte ein gruppiertes kleinpapulöses Syphilid am Unterschenkel (Fall 28), in dem noch nach 7 Wochen Spirochäten nachweisbar waren, und das erst nach 53 Tagen (49 Tabletten) abgeheilt war.

Ebenso resistent zeigte sich eine submammär gelegene Papel von Halbpfennigstückgröße, die erst nach 33 Tagen (29 Tabletten) abheilte, und 1 Fall von großen hypertrophischen Papeln in den Naso-labial-Furchen, die erst nach 7 Wochen (51 Tabletten) verschwunden waren.

Zwei besonders bemerkenswerte Fälle von ausgedehntem papulösem Syphilid seien ausführlicher beschrieben:

Patient W. I. (Fall 43), Aufnahme 23. XI. 25. 35jähriger, kräftiger Mann in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Primäraffekt ad penem. Universelles, dichtgesätes, lentikuläres, z. T. großpapulöses Syphilid an Stamm und Extremitäten. All-

Digitized by Google

gemeine Drüsenschwellung. Nachdem die Behandlung bereits begonnen hatte, der Primäraffekt nach 11 Tagen abgeheilt war, am 7. XII. 25 Neueruption von Papeln auf Nacken, Gesicht, Ober- und Unterschenkeln. Zur selben Zeit Abflachung und starke Schuppung vieler älterer Papeln. Nach Inhalation von 40,5 Tabletten, nachdem das fast über den ganzen Körper ausgebreitete Exanthem unter Hinterlassung von Pigmentierungen abgeheilt war, Neueruption von nässenden Papeln ad penem et scrotum (Spir. pall. positiv). Daher Kombination der Inhalationsbehandlung mit Injektionen von Salvarsan. Abheilung der zuletzt ausgebrochenen Effloreszenzen nach weiteren 17 Tabletten und 1,8 Salvarsan. Gesamtmenge der bis zur Entlassung (am 2. III. 26) angewandten Medikamente: 58,5 Tabletten Hg und 5,04 Salvarsan. WR bei der Entlassung negativ.

Patientin E. S. (Fall 62). Aufnahme 18. II. 26. Kleine grazile Frau in dürftigem Ernährungs- und Kräftezustand, die außer mit einer starken Alopecia spec. und gruppierten Papeln an der Zunge mit einem ebenfalls über den ganzen Rumpf, Gesicht, Stirn, behaarten Kopf ausgedehnten, dichtstehenden papulösen Syphilid in Behandlung kommt. Gleich zu Beginn der Behandlung, nach 2 Tabletten, während alle Papeln schon stark zu schuppen begannen, Aufschießen von vier stecknadelspitzgroßen grauweißen Knötchen (Papeln) auf der nasalen Seite beider Skleren, perikorneale Injektion, Neubildung von Kapillargefäßen in und um die Knötchen. Rückbildung der Papeln binnen 3 Wochen (18 Tabletten). Abheilung des universellen Exanthems in einem Zeitraum von 24 Tagen (20 Tabletten) unter Hinterlassung von sehr starken Pigmentierungen.

Kleinpapulöse Syphilide, von denen wir drei beobachteten, heilten nach 13, 22 und 29 Tagen nach Anwendung von 9, 17,5 und 14,5 Tabletten ab (Fall 42, 49 und 68); papulo-pustulöse in einem Falle (47) nach 31 Tagen (25 Tabletten), in einem zweiten nach 21 Tagen (16 Tabletten) (Fall 56).

Nässende, z. T. hypertrophische Papeln ad genitalia behandelten wir bei 32 Patienten. Ihre Abheilung erforderte — ohne lokale Behandlung — im Durchschnitt 26 Tage mit 19 Tabletten. Ganz besonders resistent erwiesen sich 3 Fälle von Condylomata lata, welche alle anderen Erscheinungen überdauerten, und in denen noch wochenlang Spir. pall. nachgewiesen werden konnten. Während bei einem Falle (37) 50 Tage (48 Tabletten) bis zur Abheilung erforderlich waren, waren in den beiden anderen Fällen (46 und 54) außer der Inhalation von 50 Tabletten noch 2 bzw. 3 Injektionen zu 0,025 Calomel nötig, um diese Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen.

Bei 3 Fällen beobachteten wir eine Impetigo capitis, die binnen 15 Tagen (9 Tabletten), 20 Tagen (19,5 Tabletten) und 21 Tagen (19 Tabletten) abheilte.

Einen besonders günstigen Einfluß schien uns die Hg-Inhalationsbehandlung auf Schleimhauterscheinungen der Mundhöhle zu haben, wohl wegen der direkten Einwirkung der Hg-Dämpfe auf die des Epithels entblößten Herde.

Es handelte sich dabei um 31 Fälle mit z. T. ulzerierten Plaques und Papeln an Ober- und Unterlippe, Wangen, hartem und weichem Gaumen, Tonsillen und Zunge, die im Mindestfalle 5 Tage (3,5 Tabletten), im Höchstfalle 27 Tage (22 Tabletten), durchschnittlich 13 Tage (7 Tabletten) bis zur vollständigen Abheilung benötigten.

Auch das Oedema indurativum ging, selbst in Fällen sehr starker und derber Schwellung, auffallend schnell zurück:

In Fall	23	war	nach	21	Tagen	(14	Tabletten)	
„ „	32	„	„	23	„	19,5		„
„ „	42	„	„	25	„	21		„
„ „	64	„	„	16	„	12		„

kein Infiltrat mehr nachweisbar.

Ferner beobachteten wir eine auffallend gute Einwirkung der reinen Hg-Inhalationsbehandlung bei folgenden 2 Fällen von Ikterus:

Patientin I. G. (Fall 59), Aufnahme am 17. III. 26. Gravida mens. V. war vor der Aufnahme mit 4mal 0,3 Salvarsan behandelt worden. 3 Tage nach der letzten Injektion Auftreten eines intensiven Ikterus. Bereits 7 Tage nach der Aufnahme, nach Räucherung von nur 3,5 Tabletten ist der Ikterus vollkommen abgeklungen. WR bei der Aufnahme stark positiv, bei der Entlassung negativ. Bili-

Digitized by Google

rubingehalt im Serum, gemessen nach MEULENGRACHT, am 17. III.: 1:32; am 23. III.: 1:24; am 29. III.: 1:11; am 11. IV.: 1:6.

Patientin C. L. (Fall 64), Aufnahme am 3. IV. 26, kommt außer mit anderen sekundär-syphilitischen Erscheinungen mit einem Icterus syph. zur Behandlung. Abklingen dieses Ikterus nach 22 Tagen (18 Tabletten). Bilirubingehalt des Serums (s. o.) am 5. IV.: 1:20; am 12. IV.: 1:26; am 19. IV.: 1:12.

Die WASSERMANNsche Reaktion verhielt sich bei den 52 mit reiner Inhalation behandelten Fällen folgendermaßen: Sie wurde in 21 Fällen negativ, und zwar in 7 Fällen bei weniger als 30 Tabletten, in 7 Fällen nach 30—40 Tabletten, in 6 Fällen bis zu 50 Tabletten, in einem Falle (48) erst nach 57 Tabletten und 3mal 0,25 Calomel.

Von den positiv gebliebenen Fällen hatten 11 die Kur vorzeitig unterbrochen und hiervon 8 Fälle 30 und weniger Tabletten inhaliert.

In 21 Fällen wurde die Inhalationskur nachträglich mit einigen Injektionen von Calomel oder Salvarsan kombiniert, da etwa 45 Tabletten nicht ausgereicht hatten, den Ausfall der WR zu beeinflussen. In 5 von diesen Fällen wurde die WR während der Beobachtungszeit im Krankenhaus noch negativ.

Kombinierte Behandlung

20 Patienten wurden von vornherein kombiniert mit Hg-Räucherungen und Injektionen von Salvarsan behandelt.

Bei 5 Patienten bestand noch der Primäraffekt (Sitz an den Genitalien). Die Abheilung erfolgte nach durchschnittlich 14 Tagen (10,8 Tabletten und 0,75 Salvarsan).

Von Exanthemen sahen wir bei 10 Patienten eine Roseola, 4mal eine kleinfleckige, die durchschnittlich nach 8 Tagen (5,5 Tabletten und 0,34 Salvarsan) abheilte, 4mal eine Roseola granularis — Abheilung nach durchschnittlich 11 Tagen (8 Tabletten und 0,45 Salvarsan) — und zweimal eine Rezidivroseola, von denen die eine (Fall 84) nach 9 Tagen (7 Tabletten und 0,45 Salvarsan), die andere nach 13 Tagen (11,5 Tabletten und 0,45 Salvarsan) abgeblaßt war.

Bei dem Patienten mit papulösen Effloreszenzen heilten zwei Exantheme am Stamm (Fall 80 und 86) nach 20 bzw. 25 Tagen (16,5 Tabletten und 0,05 Salvarsan bzw. 23 Tabletten und 1,8 Salvarsan) ab.

Ein Fall von seborrhoiden Papeln im Gesicht (Fall 75) war nach 5 Tagen (3,5 Tabletten und 0,15 Salvarsan), ein Fall von kleinpapulösem Exanthem (82) nach 15 Tagen (17 Tabletten und 1,05 Salvarsan) als abgeheilt zu bezeichnen.

Ein großpapulöses Syphilid an Gesicht und Unterarm von je über Markstückgröße (Fall 74) sahen wir binnen 14 Tagen (11 Tabletten und 1,05 Salvarsan) unter Hinterlassung von Pigmentierungen sich zurückbilden. Ebenso verschwand ein zirzinäres Syphilid von Pfennig- bis Markstückgroße am Hals und an der Innenseite der Oberschenkel nach 14 Tagen (9 Tabletten und 0,45 Salvarsan).

Papeln an Händen und Fußsohlen waren in zwei Fällen (73 und 88) nach 14 Tagen (9 Tabletten und 0,45 Salvarsan) nicht mehr nachweisbar.

Schleimhauterscheinungen, die wir bei 11 Patienten beobachteten, waren nach durchschnittlich 13 Tagen (9 Tabletten und 0,6 Salvarsan) — Mindestdauer 7 Tage (5 Tabletten und 0,3 Salvarsan) (Fall 72), Höchstdauer 25 Tage (23 Tabletten und 1,8 Salvarsan) (Fall 80) — zurückgebildet.

Bei 12 Patienten beobachteten wir Papeln, größtenteils nässende Papeln an den Genitalien, welche nach durchschnittlich 21 Tagen (18,5 Tabletten und 1,34 Salvarsan) abgeheilt waren. Ein Fall von hypertrophischen Papeln ad anum zeigte sich besonders hartnäckig (Fall 70) — Abheilung nach 38 Tagen (35 Tabletten und 3,15 Salvarsan). Bei einem anderen Fall (76) waren 29 Tabletten und 2,7 Salvarsan neben lokaler Calomelapplikation erforderlich, um nach 31 Tagen zum Ziele zu gelangen.

Bei zwei Fällen von Impetigo capitis spec. beanspruchte der eine (72) 18 Tage (11,5 Tabletten und 0,6 Salvarsan), der andere (Fall 83) 26 Tage (23 Tabletten und 1,35 Salvarsan) bis zur Abheilung.

Ein Fall von ausgeprägtem Oedema indurativum (72) war nach 18 Tagen (11,5 Tabletten und 0,6 Salvarsan) abgeklungen.

Digitized by Google

Von diesen 20 kombiniert behandelten Fällen wurde bei 10 die WASSERMANNsche Reaktion negativ, und zwar im Durchschnitt nach 44 Tagen (40 Tabletten und 2,94 Salvarsan), nach einer Mindestdauer von 29 Tagen (26,5 Tabletten und 2,55 Salvarsan), einer Höchstdauer von 56 Tagen (48 Tabletten und 3,0 Salvarsan). Von den positiv gebliebenen Fällen hatten nur zwei (Fall 76 und 80) mehr als 40 Tabletten und 4,0 Salvarsan, zwei (Fall 70 und 82) mehr als 30 Tabletten und 2,0 resp. 3,0 Salvarsan erhalten. Die übrigen 6 Patienten brachen vorzeitig die Kur ab.

Alopecia specifica

wurde in 11 Fällen beobachtet, und zwar stets am behaarten Kopf, zweimal zugleich an den Augenbrauen (Fall 61 und 82) und einmal am Bart (Fall 47). Sowohl bei reiner (8 Fälle) als auch bei kombinierter Inhalationsbehandlung (3 Fälle) war eine günstige Beeinflussung unverkennbar.

Leucoderma syphilitica

Besonders bemerkenswert ist, daß auch Leukoderme, die wir bei 5 Patienten beobachteten, nach ausschließlicher Inhalationsbehandlung sich zurückbildeten. An einem besonders ausgedehnten, über Hals und Nacken sich erstreckenden Leukoderm (Fall 45) war die Aufhellung der pigmentierten bzw. das Nachdunkeln der pigmentarmen Stellen sehr gut zu beobachten.

Lymphdrüsen

Außerordentlich resistent, der Therapie geradezu unzugänglich, verhielten sich in manchen Fällen die Lymphdrüsen, die wir bei allen Patienten besonders sorgfältig beobachteten. Nicht nur die regionären, sondern auch die übrigen Drüsengruppen Nuchal-, Zervikal-, Submaxillar-, Axillar-, Kubitaldrüsen) zeigten ein sehr torpides Verhalten, so daß auch bei Abschluß der Kur in fast allen Fällen noch die Drüsen geschwollen waren. Die regionären Lymphknoten in den Leisten waren in 6 Fällen (Fall 3, 4, 8, 10, 16, 21) noch hühnereigroß und größer, wenn auch der Nachweis der Spirochaeta pallida selbst in den stark geschwollenen Lymphknoten negativ ausfiel. Auch die gleichzeitige Behandlung mit Salvarsan vermochte den Rückgang der geschwollenen Lymphknoten nicht zu beschleunigen.

Lues III

Es wurden 11 Fälle mit tertiär-luetischen Erscheinungen behandelt, hiervon 6 nur mit Inhalationen (Fall 90, 92, 93, 97, 98, 99), zwei kombiniert mit Salvarsan (Fall 96 und 100); drei (91, 94 und 95) bekamen gleichzeitig oder zu Beginn der Kur innerlich Jodkali.

Von tubero-serpiginösen Syphiliden heilte eines am Skrotum nach 29 Tagen (27 Tabletten), eines an der Zunge (Fall 92) nach 12 Tagen (9 Tabletten). Bei gleichzeitiger Verabfolgung von Salvarsan (Fall 96) erfolgte die Abheilung nach 35 Tagen (23,5 Tabletten und 2,55 Salvarsan).

Ein tertiär-papulöses Syphilid an der Brust (Fall 95) erforderte 23 Tabletten, eins auf dem behaarten Kopf (Fall 100) 40 Tabletten bis zur Abheilung. Der eine (Fall 95) hatte vor Beginn der Kur 14 Tage lang Jodkali erhalten, Fall 100 erhielt es gleichzeitig neben der Inhalationskur.

Ein tertiäres gruppiertes papulo-ulzeröses Syphilid an Brust, Bauch, Rücken, linker Schulter, Nacken, Hüft- und Kreuzbeingegend, in beiden Ellenbeugen und in der rechten Kniekehle, welches über ein Jahr lang bestanden hatte (Fall 90), bildete sich bei reiner Inhalationsbehandlung unter starker Schuppung schnell zurück. Nach 12 Tagen (10,5 Tabletten) waren nur noch Pigmentierungen nachweisbar.

Ein ulzeriertes Gumma an der hinteren Rachenwand von etwa Kirschgröße und ein erbsengroßes ulzeriertes Gumma im Sulcus coronarius penis (Fall 99) waren nach 47 Tagen (38 Tabletten und 0,15 Salvarsan) vernarbt.

Auffallend günstige Einwirkung der Inhalationstherapie konnten wir bei der Behandlung von gummösen Prozessen an den unteren Extremitäten feststellen. Von diesen seien zwei Fälle in folgendem ausführlicher aufgeführt:

Patientin E. R. (Fall 93), Aufnahme 7. XII. 25. Patientin, welche bis zur Aufnahme zwei Salvarsan- und eine Hg-Injektion erhalten hatte, kam mit einem

Digitized by Google

3,5 cm langen, 3 cm breiten, 1,5 cm tiefen Defekt mit knotig infiltrierten, bogig begrenzten Rändern und schmierig belegtem Grunde zu Behandlung. Nach Räucherung von 2 Tabletten ist der Grund schon gereinigt, mit frischroten Granulationen bedeckt, die Tiefe des Defektes um die Hälfte verringert. Bei der Entlassung am 27. XII. 25, nach Inhalation von 13 Tabletten — war nur noch ein 10pfennigstückgroßer, im Niveau der Haut liegender, frischroter Herd sichtbar (Patientin verließ gegen ärztlichen Rat die Abteilung).

Patientin E. P. (Fall 98), Aufnahme 4. XII. 25, handtellergroßes flaches Ulkus mit ausgestanztem, knotig infiltriertem Rand und schmierig belegtem Grund. Beginn der Inhalation am 10. XII. 25. Nach 2 Tabletten schon frische Granulationen sichtbar. Am 15. XII. 25 beginnende Überhäutung vom Rande her. Vollkommene Überhäutung des Defektes am 29. XII. 25 nach 11 Tabletten.

In einem dritten Falle (94) war das Gumma, das vorher unspezifisch behandelt worden war, 8 Tage nach Beginn der Räucherung nach 4,5 Tabletten abgeheilt.

Ein vierter Patient (Fall 91) gab an, daß nach 6 Tagen die starken Schmerzen im Unterschenkel, an dem sich zwei ulzerierte Gummata von je Fünfmarkstückgröße fanden, wesentlich nachgelassen hatten. Die Abheilung des einen Geschwürs erfolgte allerdings erst nach 25 Tagen (19 Tabletten); von dem anderen bestand, als der Patient nach 30 Tagen das Krankenhaus verließ, noch ein linsengroßer Epitheldefekt.

Ein Patient mit Aortitis luica (Fall 97), bei dem die Infektion 13 Jahre zurücklag, kam nach fast 10wöchiger Behandlung (46 Tabletten) plötzlich ad exitum. Die Sektion ergab als Todesursache: Aortitis syphilitica und Aorteninsuffizienz mit Kranzarterienverschluß. Es fand sich eine Hypertrophie und Dilatation des Herzens, besonders links, schwere Myokarditis mit ausgedehnten Schwielen, besonders in den Papillarmuskeln. Verdickung und Verwachsung der Aortenklappen mit dem Aortenrand. Aortitis productiva syphilitica um Sinus Valsalvae und absteigenden Teil der Aorta. Intimaverfettung der übrigen Aorta. Verengerung und Verschluß des linken Kranzarterienostiums.

Die WASSERMANNsche Reaktion verhielt sich folgendermaßen: Von den 11 Patienten mit Lues III wurde dreimal die WR negativ; in Fall 90 nach 40 Tagen (38,5 Tabletten), in Fall 91 nach 18 Tagen (13 Tabletten und Jodkali), in Fall 100 nach 50 Tagen (47 Tabletten und 2,25 Salvarsan). Von den übrigen 8 Fällen, welche mit positiver WR zur Entlassung kamen, hatten fünf mehr als 50 Tabletten, zwei zwischen 30 und 40 Tabletten und einer weniger als 30 Tabletten geräuchert.

Lues latens und Lues congenita

Außer den bisher besprochenen Fällen mit manifesten syphilitischen Erscheinungen behandelten wir noch zwei seropositive Fälle von Lues latens und einen Fall von Lues congenita seropositiva mit ausschließlicher Hg-Inhalation. Bei der einen Patientin mit Lues latens (Fall 63) war die WR nach 50 Tabletten negativ, bei der anderen (Fall 66) sowie bei dem 17jährigen mit Lues congenita (Fall 89) reichten 50 Tabletten Hg nicht aus, die WR negativ zu gestalten.

Einfluß der Behandlung auf die Spirochaeta pallida

Die Spirochaeta pallida wurde vor Beginn der Behandlung nicht nur in den Primäraffekten und Papeln regelmäßig nachgewiesen, sondern auch in den Drüsen gesucht. Jedoch konnte sie hier nur in 26% der Fälle nachgewiesen werden. In den Fällen positiven Spirochätenbefundes wurde die Untersuchung in regelmäßigen Abständen wiederholt.

Im allgemeinen ging das Verschwinden der Spirochaeta pallida aus den Primäraffekten bzw. den Papeln parallel mit dem Verschwinden aus den Drüsen, wo sie nach durchschnittlich 4,5 Tabletten nicht mehr nachweisbar waren.

Nebenwirkungen

Die Verträglichkeit der Kur war bei den Männern eine weit bessere als bei den Frauen. Von den 54 Männern nahmen 28 bis zu 5 kg zu (im Durchschnitt 2,5 kg); 12 nahmen bis zu 4 kg ab (im Durchschnitt ebenfalls 2,5 kg).

Bei den Frauen war das Verhältnis umgekehrt. Unter 46 Frauen betrug bei 17 die Gewichtszunahme im Durchschnitt 2,0 kg (bis zu höchstens 5,4 kg), während 25 Patientinnen durchschnittlich 2,6 kg verloren. Die übrigen 4 Patienten änderten

Digitized by Google

ihr Körpergewicht nicht. Mehrere Fälle von stärkeren Gewichtsverlusten konnten auf interkurrente fieberhafte Erkrankungen (Grippe, Angina) zurückgeführt werden. Bei den Fällen mit stärkerer Gewichtszunahme muß natürlich berücksichtigt werden, daß viele Patienten (Arbeitslose, Asylisten) in schlechtem Ernährungszustande in das Krankenhaus kommen und sich dort erst erholen.

Besonders bemerkenswert ist, daß stillende Mütter (2 Fälle) und gravide Frauen (3 Fälle) die Kur gut vertrugen und nur über Beschwerden allgemeiner Natur, wie Mattigkeit und Übelkeit am Morgen klagten, die auch auf die Gravidität zurückgeführt werden konnten.

Eine Schädigung der Nieren durch Hg wurde niemals beobachtet, obwohl zahlreiche Urinuntersuchungen auf Hg stets positiv waren. Regelmäßig zweimal wöchentlich vorgenommene Untersuchung des Urins auf Albumen fiel in allen Fällen negativ aus.

Ein Blutbild wurde in 25 Fällen gemacht, doch zeigten sich weder im Hämoglobingehalt noch in der Zahl der roten und weißen Blutkörperchen noch im qualitativen Blutbild pathologische Veränderungen. Auffallend war, daß auch bei anscheinend während der Kur sehr blaß und anämisch gewordenen Patienten der Hämoglobingehalt keine entsprechende Verschiebung zeigte.

Wegen der intensiven Berührung der Schleimhäute der Mundhöhle mit dem Quecksilber wurde auf eine sorgfältige Mundpflege großer Wert gelegt, das Rauchen verboten. Die Patienten wurden in üblicher Weise zweimal täglich mit Acid. chrom. 3% gepinselt und angewiesen, den Mund stündlich mehrmals mit Hydrog. peroxydat. zu spülen. Trotz des Verbotes wurde vielfach von den Männern geraucht, wodurch sich auch der langsamere Rückgang der Munderscheinungen gegenüber den Frauen erklären läßt. Die intensive Wirkung des Hg-Dampfes zeigte sich bei den Rauchern in einer besonders starken Entzündung der ganzen Mundhöhle. Eine kurze Unterbrechung der Inhalationsbehandlung von 2—3 Tagen genügte indes, um eine beginnende Stomatitis verschwinden zu lassen. Stärkere Grade von Stomatitis (ulzerierte Formen) kamen nicht vor.

Bei einigen Patienten stellte sich eine Enteritis mit Leibschmerzen und mehrfachen Durchfällen ein, jedoch konnten niemals blutige Beimengungen im Stuhl nachgewiesen werden. Die Erscheinungen hielten sich in mäßigen Grenzen und verschwanden nach vorübergehendem Aussetzen der Behandlung.

Zusammenfassung

Überblicken wir nochmals die beobachteten 100 Fälle, so können wir die Quecksilberinhalationsmethode nach SPUHL folgendermaßen bewerten:

1. Alle sichtbaren Erscheinungen der Syphilis zeigten sich dieser Therapie im allgemeinen gut zugänglich. Während aber die Roseola, Schleimhautsyphilide, das Oedema indurativum und gummöse Geschwüre sich schnell zurückbildeten, waren Primäraffekte, die verschiedenen Formen der papulösen Syphilide im sekundären und tertiären Stadium schwer zu beeinflussen; besonders hartnäckig erwiesen sich Lymphdrüsen, nässende Papeln am Genitale und After und hypertrophische Papeln.

2. Gemischte Kuren (Inhalationen und intravenöse Injektionen von Salvarsan) vermochten die manifesten Erscheinungen der Haut und Schleimhäute in den meisten Fällen nur wenig schneller zum Verschwinden zu bringen. Nur die papulösen Exantheme, die durch Inhalationen allein sich nur langsam zurückbildeten, heilten bei gemischter Kur wesentlich schneller ab. Jedoch erwiesen sich breite Kondylome und hypertrophische Papeln — ohne lokale Behandlung — auch bei dieser Behandlungsform sehr torpide.

In 6% aller Fälle traten Rezidive unmittelbar nach Beendigung der Kur auf, in einem Falle auch bei gemischter Behandlung (Salvarsan 3,6 g).

3. Die WASSERMANNsche Reaktion verhielt sich gegenüber dieser Therapie folgendermaßen: in allen Fällen von Lues I (seronegative) und Lues I/II (seropositive) blieb bzw. wurde die WR negativ. Bei der sekundären Lues wurden bei reiner Inhalationsbehandlung 42% der Fälle negativ, bei kombinierter Behandlung mit Salvarsan 50%. Bei tertiärer Syphilis konnte ein Umschlag der WR nur in 25% der Fälle beobachtet werden. Bei einer großen Zahl von Patienten war beim Abschluß der Kur (50—60 Tabletten) die WR noch positiv. Diese Zahlen ergeben aber kein vollkommen richtiges Bild, da nur einzelne Patienten sich zur Nachuntersuchung einstellten; bei mehreren war nach etwa 6 Wochen die WR negativ geworden.

Digitized by Google

4. Der Vorzug der Quecksilberräucherungen liegt in der guten Beeinflussung der meisten sichtbaren Erscheinungen der Syphilis, bei leichter Dosierbarkeit des Quecksilbers, der sauberen Verabfolgung des Medikaments mittels einfacher Apparatur und der Möglichkeit, jederzeit die Kur zu unterbrechen. Die Behandlungsart ist daher besonders indiziert in Fällen, wo aus bestimmten Gründen eine Schmier- oder Injektionskur nicht vorgenommen werden kann, oder wo Salvarsan nicht vertragen wird; sie eignet sich wegen ihrer guten Verträglichkeit besonders für Gravide.

5. Als Nachteile sind zu bezeichnen: die lange Dauer der Kur, die große Menge des aufgenommenen Quecksilbers, geringe Beeinflussung bestimmter Erscheinungsformen der Syphilis durch die Behandlungsart.

Kontraindiziert ist die Behandlung in jedem Stadium der Lungentuberkulose, bei ernsteren Störungen des Magendarmkanals und bei Patienten, welche eine auch nur geringe Idiosynkrasie gegen Qecksilber besitzen.

Literatur

1. BLASCHKO, Eine neue Methode der Quecksilbertherapie (Merkulintschurz). B. kl. W., 1899, Nr. 46. — 2. BURNS, JOSEPH, Fumigation Inhalation Treatment of Syphilis. New York m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 5. — 3. CALLICO, JOSE, Rev. espanol de med. y chirurg., Jahrg. 5, Nr. 145. — 4. CRONQUIST, Eine Quecksilberschnupfkur. Arch. f. Derm., 1907, Bd. 86, S. 181. — 5. GUTMAN, JACOB, Am. J. of Syph., 1923, Bd. 7, Nr. 7. — 6. JULIUSBURG, Experimente und Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur. Arch. f. Derm., 1901, Bd. 56. — 7. KROMAYER, Über eine neue Quecksilberinhalationskur bei Syphilis. B. kl. W., 1908, Nr. 8. — 8. KUTNER, Eine neue Methode der Syphilisbehandlung durch Inhalation. B. kl. W., 1900, S. 34. — 9. THALMANN, Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen. Dresden 1906. — 10. WELANDER, Untersuchungen über die Absorption und Elimination des Quecksilbers. Arch. f. Derm., 1893, Bd. 25. — 11. WELANDER, Über die Behandlung der Syphilis mittels Überstreichens — nicht Einreibens — mit Merkurialsalbe. Arch. f. Derm., 1893, Ergänzungsband zu Bd. 25. — 12. WELANDER, Über eine einfache, therapeutisch kräftige Methode der Anwendung von Ungt. hydrarg. Arch. f. Derm., Bd. 40, S. 857. — 13. WIENECKE, Zur Resorption des Quecksilbers aus quecksilberdampfhaltiger Luft. Inaug.-Diss. 1893. — 14. GRASREINER, Die Hg-Inhalationsmethode nach Dr. SPUHL. Fortschr. d. Med., 1925, Nr. 22.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Acta Dermato-Venereologica

1926, Bd. 7, H. 2

Etat de nos connaissances sur la chimiothérapie moderne de la syphilis (Stand unseres Wissens über die moderne Chemotherapie der Syphilis), von C. Levaditi. S. 201.

Über die multiplen Karzinoide der Haut, von H. Fuhs, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 233. Umfangreiche Studie unter Anführung von 4 eigenen Fällen. Das von Arning zuerst beschriebene Krankheitsbild unterscheidet sich wesentlich von den metastatischen wie von den primär auf dem Boden präexistierender chronischer Affektionen sich entwickelnden Tumoren. Oberflächlicher Sitz, langsames Wachstum der zarten Geschwülste, seltene Neigung zur Ulzeration und Wucherung, Tendenz zu spontaner Involution, Mangel von Drüsenschwellungen und Metastasen, ungestörtes Allgemeinbefinden, also äußerst chronischer benigner Verlauf. Histologisch keine schrankenlose Proliferation, sondern scharf begrenzte multizentrische Epithelfelder.

Digitized by Google

Pathogenetisch wohl meist angeborene Disposition, also nävusartiger Charakter. Vielfache Analogie mit den als Entwicklungsanomalie beobachteten karzinoiden Tumoren des Dünndarms. Entartung der Karzinoide zu echten Karzinomen ist möglich.

Ein Fall von Erythrodermia ichthyosiformis (Brocq), von K. Edel-Haarlem. S. 287. Bei einem 6jährigen Knaben, der bei der Geburt nur eine Rauhigkeit der Handflächen zeigt, entwickeln sich allmählich symmetrische, rote, hyperkeratotische Hautveränderungen auf dem ganzen Körper. Nicht juckend. Nicht hereditär. Differentialdiagnostische Trennung von der Pityriasis rubra pilaris und der sehr ähnlichen Erythrokeratodermia variabilis.

Le rôle de l'anaphylaxie en dermatologie et en syphiligraphie (Die Bedeutung der Anaphylaxie in der Dermatologie und Syphiligraphie), von B. Dujardin-Brüssel. S. 293. Erläuterung des Begriffs der spezifischen und unspezifischen Allergie in bezug auf dermatologische und syphilitische Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von Dujardin und Decamps. In diesem Zusammenhang werden auch die Erfolge der Protein- und Malariatherapie als Sensibilisierungsphänomene aufgefaßt.

Le lupus érythémateux exanthématique d'emblée (Der Lupus erythematodes exanthematicus d'emblée), von J. Golay, Derm. Kl. Genf. S. 302. Zwei Fälle dieser von Pernet 1908 zuerst beschriebenen Krankheitsformen. 33- und 35jährige Frauen, bei denen die Erscheinungen unter hohem Fieber nach 4 bzw. 4½ Monaten ad exitum führen. Bei der Autopsie fanden sich Veränderungen tuberkulöser Natur an inneren Organen.

Ein Beitrag zur Komplementbindungsreaktion bei der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Hauttuberkulose. Die Komplementbindungsreaktion bei Lupus erythematodes, von K. Hübschmann, Tschech. Derm. Kl. Prag. S. 315. Bei den Versuchen gelangten 2 Antigene zur Verwendung: „Besredka" und „Tuberkulose-Hautimpfstoff A". Von 19 Fällen mit Hauttuberkulose reagierten 6 negativ, 7 schwach positiv, 3 schwankend schwach bis stark, 3 stark bis komplett. Im ganzen erwies es sich, daß bei ausgebreitetem progressivem Lupus und Reaktionsfähigkeit des Organismus positive Resultate erzielt wurden. An 8 Fällen wurden Untersuchungen am Inhalt künstlich erzeugter Blasen auf gesunder und erkrankter Haut ausgeführt. Bei 16 Fällen von Lupus erythematodes verhielten sich 4 völlig negativ, ganz schwach positive Reaktionen bei 5, schwach positive bei 6 Fällen. Nur 1 Fall erwies sich als komplett positiv nach Besredka. Mit dem neuen „H"-Antigen wurden 68 Kranke mit Lungentuberkulose geprüft. In 12 Fällen fielen die Reaktionen stärker aus als nach Besredka, in 5 Fällen war Antigen „H" schwächer, in 7 Fällen war „H" positiv, Besredka negativ. Auch bei anderen Krankheitsgruppen bewährten sich die Reaktionen mit Antigen „H" als vollkommene Ergänzung der üblichen Untersuchungsmethoden. Immerhin schließt ein negatives Resultat einen tuberkulösen Herd nicht aus, und auch bei klinisch inaktiven Fällen findet sich mitunter eine positive Reaktion. Schwankungen der Reaktionspositivität wurden mehrfach beobachtet.

On the Resistance of Gonococci in Regard to Temperatures above 37° C, in Connection with Diathermy (Über die Resistenz von Gonokokken bei Temperaturen über 37° C, in Verbindung mit Diathermie), von P. J. van Putte, Derm. Univ.-Kl. Utrecht. S. 350. Bei Diathermieversuchen an Gonokokkenkulturen in vitro ergab sich, daß die Resistenz der Gonokokken gegen Hitze in vitro wesentlich größer ist, als man im allgemeinen annimmt. Bei 41,5° C konnten Gonokokken noch wachsen und nach 6stündiger Erhitzung auf 45° war die Mehrheit der Gonokokken noch lebensfähig. Die Resistenz blieb die gleiche bei Diathermiehitze wie bei anderen Formen von Hitze.

On the Influence of Diathermy on Gonorrhoea (Über den Einfluß der Diathermie auf die Gonorrhoe), von P. J. van Putte, Derm. Univ.-Kl. Utrecht. S. 358. Chronische Blennorrhoe, auch langwierig vorbehandelte, kann mit Diathermie im allgemeinen in wenigen Tagen geheilt werden. Akute Blennorrhoe reagiert ungünstig auf Diathermie. Gonokokken gelangen im Körper bereits bei geringgradigerer Diathermierung zur Abtötung, als in vitro erforderlich ist. Wahrscheinlich ist die Hitze nur als indirekte Ursache der Abtötung, als ein Stimulans zur Produktion von Antikörpern aufzufassen.

Zur Kenntnis der pleuropulmonalen Veränderungen im Sekundärstadium der Syphilis, von O. Reuterwall-Stockholm. S. 367. Genauer Sektionsbefund eines

Digitized by Google

20jährigen, im Verlauf einer Salvarsandermatitis ad exitum gelangten Patienten mit pleuropulmonalen Veränderungen der Lymphgefäße, doppelseitiger serofibrinöser Pleuritis. Spirochäten nicht nachweisbar. Sichere Schlüsse auf eine etwaige spezifische Ätiologie der Veränderungen lassen sich nicht ziehen.

Experiences in Gennerichs Endolumbar Treatment (Erfahrungen mit Gennerichs Endolumbalbehandlung), von U. Müllern-Aspegren-Stockholm. S. 391. Verf. gelangt auf Grund zahlreicher Fälle zu dem Urteil, daß man die intralumbale Behandlung bei hartnäckiger Meningitis, die der Behandlung widersteht, bei Lues cerebrospinalis und Tabes, solange noch entzündliche Prozesse bestehen, und vor allem in jedem Stadium der Paralyse, besonders falls man aus irgend welchen Gründen auf die Fieberbehandlung verzichten muß, anwenden sollte. Hervorragende Heilerfolge.

M. Gumpert-Berlin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1926, Bd. 7, Nr. 10

Le purpura annularis téléangiectodes de Majocchi, von F. Balzer. S. 529. Übersichtsreferat.

Vaste angio-naevus unilatéral avec scoliose (Ausgedehntes einseitiges Angiom bei bestehender Skoliose), von F. Bertrand. S. 550. Bei einem 19jährigen Mädchen findet sich ein ausgedehntes Angiom, das sich über die ganze linke untere Extremität, linke Bauchseite, linke Thoraxhälfte bis drei Querfinger breit unterhalb des Schwertfortsatzes, hinten bis zum 7. Brustwirbel erstreckt, hinten in der Mittellinie genau abschneidet, linke Gesäßhälfte und die laterale Seite von Streck- bzw. Beugeseite des linken Ober- und Unterschenkels frei läßt. Die Kranke klagt seit einiger Zeit über Schmerzen in der linken unteren Extremität, linkes Bein und Fuß sind geschwollen. Atrophie und Verlängerung des linken Beines. Röntgenologisch Periostitis des oberen Drittels der Tibia. Es besteht eine Skoliose mit zwei Verkrümmungen, die obere mit Konvexität nach rechts in Höhe der Hals- bis 1. Brustwirbel, die untere mit Konvexität nach links in Höhe vom 7. Brustwirbel bis 5. Lendenwirbel. Keine Spina bifida occulta. Herabgesetzte Sensibilität für Berührung und Schmerzempfindung am linken Bein und Fuß, ebenfalls dort vasomotorische Störungen. WR negativ. Verf. hält die Skoliose für statisch bedingt. Nach Dariers Vorschlag soll bei großen Naevi eine Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule stattfinden.

IIIe congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Brüssel, 25.—28. Juli 1926 (3. Kongreß der Dermato-Syphilidologen des französischen Sprachgebiets), von H. Rabeau. S. 554.

1. Ätiologie des Herpes und Zoster. Flandin: Zwischen Herpes und Zoster bestehen keine ätiologischen Beziehungen. Schilderung der klinischen und biologischen Eigenschaften beider Krankheiten. Der Herpes entsteht durch ein filtrierbares Virus. Zoster ist, wie schon Trousseau und Landouzy es vorausgesagt haben, in die Reihe der unter Fieber verlaufenden Exantheme einzuordnen und hat enge Beziehung zu den Varizellen. Levaditi gibt einen historischen Überblick über die Entdeckung des Herpesvirus. An der Spezifität des Herpesvirus ist heute nicht mehr zu zweifeln. Zoster dagegen verläuft wie eine Infektionskrankheit, die durch ein bestimmtes Virus hervorgerufen wird, dessen Übertragung auf Tiere aber bis heute nicht geglückt ist. Das Nervensystem ist ein Regulator für die Aufnahmefähigkeit des Ektoderms für Virusarten der „Ectodermoses neurotropes" zu betrachten. Flandin kann sich nicht Levaditis Ansicht anschließen, wonach zwischen dem Virus des Herpes und der Enzephalitis eine Identität besteht. Der Herpes bildet ein Krankheitsganzes für sich. Dubois-Genf glaubt, daß für Entstehung eines Herpes nicht immer ein Virus notwendig ist. Er erwähnt Fälle von traumatischem Herpes, die nach Hg-bijodat.-Injektionen sich zeigen. Nach Lortat-Jacob-Paris muß unterschieden werden zwischen schnell, ohne Störung des Allgemeinbefindens, verlaufenden Herpesformen und infektiösem Herpes (Pneumonie usw.). Er sah bei Herpesrezidiven gute Behandlungserfolge mit Chinin in großen Dosen. Milian-Paris weist auf die lokale Immunität beim Herpes recidivus hin, der nie wieder an derselben Stelle auftritt. Perrin-Marseille fand nie Beziehungen zwischen Zoster und Varizellen. Gastinel-Paris konnte gemeinsam mit Teissier und Reilly die Anwesenheit des Herpesvirus in allen herpetischen Effloreszenzen nachweisen. Wiederholte Injektionen von Herpes-

Digitized by Google

virus verleihen keine dauernde örtliche oder allgemeine Immunität. Dubreuilh-Bordeaux meint, man könne von einer „Intoxication verbale" sprechen. Zwischen Herpes recidivus und dem Herpes bei Pneumonie bestände klinisch keine Ähnlichkeit. Dujardin-Brüssel erklärt die Häufigkeit von Zoster bei Syphilitikern durch Vorhandensein einer chronischen Meningenentzündung. Thibierge-Paris, der zusammen mit Ravaut Lichenkranke lumbalpunktierte, fand nie eine Veränderung im Sinne einer Entzündung. Nach der Punktion hörte allerdings der Juckreiz auf. Schulmann-Paris hält die Syphilis für einen wichtigen Faktor bei Zoster. Zoster bilde ein Glied in der Kette der zerebralen Erscheinungen. Peyri-Barcelona hält Zoster und Herpes für identisch. Vielleicht besteht eine Pluralität des infektiösen Agens. Flandin weist darauf hin, daß der gleiche Erreger (z. B. Staphylokokkus und Streptokokkus) die verschiedensten Erscheinungen hervorrufen kann. Weshalb sollte dasselbe nicht für das Herpesvirus zutreffen. Zoster und Herpes sind völlig voneinander zu trennen.

2. Pathogenese der Purpura. P. E. Weil: Klinik der einzelnen Formen von Purpura. Die chronische Purpura entsteht durch Störungen im gesamten hämatopoetischen Apparat, endokrine Drüsenveränderungen, besonders des Ovariums, und Veränderungen im sympathischen Nervensystem spielen ebenfalls ätiologisch eine Rolle. Durch die Kapillartheorie von Frank oder die Kaznelsonsche Milztheorie kann das Zustandekommen der Krankheit nicht erklärt werden. Lespinne und Ferond berichten über Purpura nach Arsenobenzolbehandlung. Solche Fälle sind nach ihren Beobachtungen selten. Man findet bedeutende organische Störungen von seiten der Milz, Leber und des Knochenmarks. Therapeutisch sind Bluttransfusionen und intramuskuläre Peptoninjektionen zu versuchen. Roskann-Lüttich glaubt nicht, daß die Verminderung der Blutplättchen eine entscheidende Rolle für das Zustandekommen der Blutextravasate bei thrombopenischer Purpura spielt. Es handelt sich wahrscheinlich um eine „periphere" Ursache, um eine begrenzte Endothelveränderung. Die Purpuraeruptionen sind auf eine Gefäßwandschädigung, besonders des Endothels der Kapillaren, zurückzuführen. In der Aussprache weist Flandin-Paris darauf hin, daß er als erster 1921 die „antikoagulierende" Wirkung der Arsenobenzole festgestellt hat, eine Ausnahme bilden nur die Derivate der Arsensäure. Gute Behandlungserfolge mit Pferdeseruminjektionen. Milian-Paris: Bei einem Patienten mit Purpura nach Arsenobenzol, bei dem Bluttransfusionen erfolglos blieben und bei dem immer leichtes Fieber bestand, stellte er eine alte Malaria fest, Heilung durch Chinin. Hudelo-Paris hält die Purpura für ein alarmierendes Zeichen einer Arsenobenzolintoxikation.

3. Syphilitische Reinfektion, Pseudo-Reinfektion, Superinfektion. Carle-Lyon definiert die Begriffe: Pseudoreinfektion (= Pseudoprimäraffekt), Superinfektion, Reinfektion. Pinard-Paris weist auf die Schwierigkeiten der Einreihung mancher Fälle in diese bestimmten Gruppen hin. Diagnostische Irrtümer unterliefen besonders beim Pseudoprimäraffekt, Chancre redux und beim tertiären schankriformen Syphilid. Carle ist der Meinung, daß viele Fälle von Reinfektion in Wirklichkeit in die Gruppe der Pseudoreinfektionen fallen. Für die Diagnose einer Reinfektion seien folgende Bedingungen zu beachten: Bestimmte Beweise für die überstandene Syphilis, Nachweis der Infektionsquelle und der Inkubationszeit der frischen Syphilis, Nachweis der Spir. pall. in reichlicher Anzahl im frischen Primäraffekt, klinischer Nachweis eines typischen Schankers und typischer Drüsenschwellungen. Weiterer Beweis ist intensive Behandlung der früheren Syphilis im primären seronegativen Stadium oder lange Jahre hindurch fortgesetzte Therapie; dauernde negative WR und das Auftreten der sekundären Erscheinungen bestimmte Zeit nach dem P.A. Bernard-Brüssel vermag keine genauen Unterschiede zwischen Re- und Superinfektion zu machen; beim augenblicklichen Stande unserer Kenntnisse sei das unmöglich, da das wirklich ausreichende Kurmaß und der Beweis für eine Heilung bisher noch nicht mit genügender Sicherheit zu erbringen sei. Er schließt sich Mendes da Costa an, der Re- und Superinfektion unter einem Begriff: „Infectio syphilitica secunda" vereinigt. Queyrat wendet sich gegen Bernards Ansicht über die Nichtheilung der Lues. Oltramare-Genf erkennt als einzigen Beweis für eine Reinfektion das Auftreten des Sekundärexanthems an, aber kein Arzt würde die Verantwortung übernehmen, dies abzuwarten. Ravaut erinnert an den Standpunkt, den er bereits 1913 gegenüber den zahlreichen Veröffentlichungen von sogenannter Reinfektion einnahm. Es habe sich um Pseudoprimäraffekte gehandelt, die ebenso wie die damals häufig vorkommenden

Digitized by Google

Neurorezidive zu erklären seien. Bei dem heutigen Kursystem seien diese Fälle sehr selten. Flandrin-Paris erklärt, Syphilis sei nie heilbar. Die sogenannten geheilten Syphilitiker erkrankten später an Aortitis oder an Metasyphilis, die viszerale Lues beweise ebenfalls die Nichtheilung. Kranke, die für geheilt erklärt wären, brächten kongenital-syphilitische Kinder zur Welt, gleichfalls sei das Positivwerden der WR im Verlauf einer interkurrenten Erkrankung ein Beweis. Wir heilten nur die syphilitischen Erscheinungen, die Behandlung muß fortgesetzt werden, damit die Lues latent, nicht infektiös bleibt. de Keyser-Brüssel hält die Lues für heilbar, es sei eine Täuschung, das Gegenteil zu behaupten. Mello-Breyner-Lissabon berichtet über eine Beobachtung: 1918 typischer Schanker, nachfolgende Behandlung, November 1922 neuer Schanker und Roseola.

4. Endokrine Störungen kongenital-syphilitischen Ursprungs. Nicolas und Gaté-Lyon erklären, daß die Beobachtung endokriner Störungen auf pathologisch-anatomischen und parasitologischen Untersuchungen bei früher Lues congenita und auf klinischen Beobachtungen bei Lues cong. tarda beruhe. Lévi und Barthélemy haben in der Literatur keinen einzigen Fall gefunden, wo der kongenital-syphilitische Ursprung zweifelloser endokriner Syndrome (Addison, Akromegalie, Myxödem, Basedow) pathologisch-anatomisch oder durch spezifische Therapie zu beweisen war. — Andere Redner halten die Ansicht der beiden Vorredner für zu weitgehend.

5. Natur und Therapie der Tuberkulide. Schaumann-Stockholm: Bisher ist kein sicheres diagnostisches Kriterium gefunden, ebensowenig verfügen wir bisher über ein Therapeutikum von absolutem Wert. Die Diagnose ist sehr oft eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose derart, daß Syphilis ausgeschlossen werden kann und eine tuberkulöse Infektion nachzuweisen ist. Pautrier-Straßburg zählt zu den Hauttuberkulosen: Lichen scrofulosorum (Tbc. lichenoides), papulo-nekrotische Tuberkulide, Erythema Bazin. In die Gruppe der Tuberkulide (sie haben keine engere Beziehung zur eigentlichen tuberkulösen Infektion) sind einzureihen: Formen von Boeckschem Sarkoid (solche nicht-syphilitischer oder lymphogranulomatöser Natur — nach Ansicht von Pautrier), Angiolupoid, manche Formen von Darierschem Sarkoid, Lupus erythematodes, Lupus pernio. Nach Schaumann umfaßt die Gruppe der Tuberkulide: Lichen scrofulosorum, papulo-nekrotische Tuberkulide, miliare lupoide Tuberkulide, Erythema induratum, subkutane Sarkoide, zu den „kutanen Para-Tuberkulosen" gehört Lupus erythematodes, Lupus pernio, kutane Sarkoide, maligne lymphogranulomatöse Tumoren. Die kutanen Para-Tuberkulosen sind nicht, wie die Tuberkulide, von der klassischen Tbc., sondern von lymphogranulomatösen Prozessen, deren Beziehung zur Tbc. noch nicht geklärt ist, abzuleiten. Pautrier kann sich Schaumanns Standpunkt nicht anschließen; die Tbc. sei ein prädominierender ätiologischer Faktor, der Begriff „Tuberkulid" sei unbedingt beizubehalten. Milian-Paris verlangt für die Hauttuberkulose eine ähnliche anatomisch-klinische Einteilung, wie sie für die Lues schon besteht, also erythematöse, nodöse, bullöse, follikuläre, gummöse Tuberkulide. Pautrier und er wollen den Ausdruck „Sarkoid" ausmerzen. Jeanselme und Burnier sind der Ansicht, daß der Lupus erythematodes der Ausdruck einer Hautreaktion ist, die verschiedenen Ursprungs sein kann: 1. örtliche Ursachen, 2. Sonnenstrahlen bewirken auf sehr empfindlicher Haut Entstehen von L. eryth., 3. allgemeine Ursachen (Tbc., toxische Infektion, erworbene und angeborene Lues). Bei 30 Fällen von L. eryth. 12mal positive WR. Nach Salvarsanbehandlung Verschwinden der Efflorescenzen. Hudelo-Paris beobachtete bei einem kongenital-syphilitischen Patienten Heilung eines L. eryth. durch Jod-Chinin-Wismut-Injektionen.

6. Augenblicklicher Stand der Behandlung des Lupus. Die Besprechung des Themas fand im Hospital Nottebohm in Antwerpen statt, dort sind zur Zeit 275 Lupuskranke in Behandlung. P. François-Antwerpen, L. de Keyser-Brüssel: Hauttuberkulosen verlangen Allgemeinbehandlung. Die beste derartige Behandlung sind allgemeine Lichtbäder. Nach den bisherigen biologischen Untersuchungen läßt sich noch nicht entscheiden, ob Bestrahlung mit der Quecksilberdampf- oder Kohlenbogenlampe am besten ist. Klinische Beobachtungen sprechen zugunsten des Kohlenbogenlichts. Der Lichttherapie gebührt der Vorzug vor der Behandlung mit zimtsaurem Benzyl oder mit seltenen Erden. Tuberkulintherapie hat keinen weiteren Fortschritt gezeitigt, sie ist nur bei abgeschwächter Tbc. von Nutzen. Lokale Lichtbehandlung ist die schonendste Behandlung des Lupus vulg.; Goldtherapie ist nur bei manchen Formen von Hauttuberkulose mit Erfolg anzuwenden; Behandlung der Wahl bei Lupus erythematodes. Die bisherigen lokalen Methoden, wie Exzision, Ab-

Digitized by Google

kratzung, kombiniert mit Pyrogallus und Kreosotsalben behalten ihren Wert und ihre bisherige Indikation. Diese Methoden können mit der Lichttherapie verbunden werden. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen ist die Methode, die am wenigsten gehalten hat, was man sich von ihr versprach. — François-Lüttich, Laurent-St. Etienne, Hudelo-Paris haben nach langen erfolglosen Versuchen die Behandlung mit seltenen Erden aufgegeben. — Verschiedene Verf. fanden, daß Behandlung mit zimtsaurem Benzyl die Vernarbung der lupösen Veränderungen beschleunigt. Jacobson sah deutliche Einwirkung auf Schleimhaut- und Pharynxveränderungen. Vorsicht ist geboten bei Lungentuberkulose. Über ein Goldpräparat „Crisalbine" können Jeanselme und Burnier noch kein abschließendes Urteil abgeben. Antonio Peyri-Barcelona erreichte mit Sanokrysin bei Lupus manchmal Günstiges, in einigen Fällen sogar Heilung. Jausion weist auf Nebenwirkungen des Sanokrysins hin; er hatte einen Todesfall durch Erythrodermia exfoliativa; er rät zur größten Vorsicht. Auregan-Lannion erzielte bei kleinen Lupusherden befriedigende Resultate durch Kurettage mit nachfolgendem Aufstreuen von Kaliumpermanganat in Pulverform. Bizard und Marceron-Paris: Auregans Methode hat den Nachteil, daß oft Keloide entstehen. Fouquet-Paris behandelte Hauttuberkulose mit Chaulmoogra-Salbe oder -Öl, kombiniert mit Lipol (Elaidinsäure), er erreichte gute Vernarbung. de Keyser sah gute Behandlungserfolge mit einer Salbe, die Acid. arsenic. enthielt; allerdings sehr schmerzhaft. Paul Mouve-Paris berichtet über günstige Resultate durch seine chirurgische Methode: Exzision mit später folgender Hauttransplantation. Louste und Thibaut-Paris exzidieren kleine Lupusherde und behandeln später mit Licht. Ravaut-Paris wendet seit 5 Jahren Hochfrequenzströme an. Der Vorteil besteht darin, in einer Sitzung alle Herde durch Elektrokoagulation zerstören zu können; ebenso gelingt es, alle Herde in der Tiefe der Gewebe erreichen und vernichten zu können. Es sei die schnellste und sicherste Methode für lokalisierte Lupusherde im Gesicht. Bei ausgedehnteren Herden sind natürlich mehrere Sitzungen erforderlich. S. Noguer-More-Barcelona lobt ebenfalls die Methode. Vigne-Marseille verwendet für die Oberflächenbehandlung Elektrokoagulation, für die Tiefenbehandlung zimtsaures Benzyl. Peyri-Barcelona und François-Antwerpen sind der Ansicht, daß Röntgentherapie niemals angewendet werden darf. Noguer-More empfiehlt Radium für wuchernde Formen. — Es folgen Krankenvorstellungen und therapeutische Mitteilungen. Degrais, Anselme, Bellot-Paris weisen darauf hin, daß Radium therapeutisch zu wenig in der Dermatologie angewandt wird. Es leistet gute Dienste bei der Behandlung der Hautepitheliome, Angiome, Keloide, Lupus, Papillome usw. Hudelo, Rabut und Wallon berichten, daß vom prognostischen Standpunkt die basozellulären Epitheliome des Gesichts und Mundes langsame Entwicklung und lokale, oft noch abgeschwächte Malignität zeigen. Spinozelluläre Epitheliome wachsen rasch und neigen zur Metastasierung. Basozelluläre Epitheliome sind leicht durch Röntgen- und Radiumtherapie zu heilen, manchmal noch durch einfachere Maßnahmen, wie Kaustik, Goldtherapie, Elektrokoagulation und chirurgisch. Spinozelluläre Epitheliome verhalten sich sehr oft refraktär gegenüber Röntgenstrahlen.

A. Holländer-Bielefeld

Archives of Dermatology and Syphilology

1926, Bd. 14, Nr. 5

Calcification of the Skin, Including the Epiderm, in Connection with Extensive Bone Resorption (Verkalkung der Haut, einschließlich der Epidermis, in Verbindung mit ausgedehnter Knochenresorption), von F. D. Weidman und L. W. Shaffer-Philadelphia. S. 503. Genaue histologische Untersuchung der amputierten Hand eines senilen Mannes. An mehreren Stellen der Epidermis und des Koriums fanden sich regelrechte Verkalkungen, die sich auch auf Schweißdrüsen und deren Ausführungsgänge, Paccinische Körperchen und Nervenfasern erstreckten. Da sich an mehreren Fingerknochen röntgenologisch Knochenresorption nachweisen ließ, so muß der ganze Vorgang als Kalkmetastase aufgefaßt werden, ausgelöst durch die Osteomyelitis, die die Amputation erforderlich machte. Dies ist nach Verf. der erste Fall, in dem Verkalkung auch der epithelialen Elemente beschrieben wird. Die Verteilung der Verkalkung in dem Schweißdrüsenapparat spricht dafür, daß verschiedene Teile der Tubuli eine spezifische sekretorische Eigenschaft ähnlich der der Nieren

Digitized by Google

haben. Der Verkalkung ging stets eine Verfettung voraus, was für die Klotzsche Theorie über die allgemeine Pathologie der Verkalkung spricht.

Pigmented Stripe in the Nail (Pigmentierter Streifen im Nagel), von H. J. Templeton-Oakland, Calif. S. 533. Bericht über einen höchst seltenen, in der Nagellänge verlaufenden, 3 mm breiten Pigmentstreifen eines Fingernagels, wie er bisher nur einmal beschrieben worden ist. Die histologische Untersuchung des abgeschnittenen Nagelrandes (eine Exzision wurde verweigert) mit verschiedenen Färbungen ergab nichts Wesentliches hinsichtlich der Ursache. Trauma, Arsenwirkung, Parakeratose waren unwahrscheinlich. Vermutlich handelt es sich um einen Nävus des Nagels.

Treatment of Neurosyphilis by Malaria: Further Observations (Behandlung der Nervensyphilis durch Malaria: Weitere Beobachtungen), von P. A. O'Leary, W. H. Goeckerman und St. T. Parker-Rochester. S. 550. Bericht über 35 Patienten, die sich bereits im 2. Jahre der Malariatherapie befinden und über 65 neu behandelte Fälle. Verf. steht der Malariatherapie nach 2jähriger Beobachtung noch geneigter gegenüber als im Vorjahre, besonders was Fälle mit allgemeiner Paralyse betrifft; aber auch gastrische Krisen, Wadenschmerzen, Optikusatrophie werden durch die Fiebertherapie gebessert. Von 100 Patienten starben 8, 5 davon an den Folgen der Malaria. Ein Rückgang der positiven WR im Liquor und im Blut war durchweg festzustellen. Verf. ist davon abgekommen, gleich nach Abschluß der Fiebertherapie eine Salvarsan-, Hg- oder Wismutkur durchzuführen. Erst 3—4 Monate nach Aufhören des Fiebers werden die Patienten spezifisch behandelt, da die sofortige Behandlung schlechte Resultate erzielt hat.

External Irritation as a Factor in the Causation of Lupus Erythematosus Discoides (Äußere Reizung als Faktor bei der Entstehung des Lupus erythematodes discoides), von D. King-Smith-Toronto. S. 547. Äußere Reize, wie extensive Hitze, starke Kälte, Insektenstiche, Erysipel, Gasvergiftung im Felde sind als Ursache eines Lupus erythematodes discoides beobachtet worden. Verf. stellte fest, daß in 75 Fällen von Lupus erythematodes discoides = 29 Patienten, d. h. 27% durch äußere Reize entstanden waren.

Dermatitis of the Diaper Region in Infants (Jacquet Dermatitis) (Windeldermatitis bei Säuglingen [Jaquetsche Dermatitis]), von J. V. Cooke-St. Louis. S. 539. Die zuerst von Jaquet beschriebene Dermatitis bei Säuglingen an den Genitalien und deren Umgebung ist nach Verf. durch das Auftreten von Ammoniak in den Windeln bedingt. Die Bildung von Ammoniak aus dem Urin ist dem Bakt. ammoniagenes, einem Darmsaprophyten, zuzuschreiben. Wenn die Windeln nach dem Waschen in eine Sublimatlösung (0,49 g auf ½ l) getaucht, ausgewunden und getrocknet werden, so genügt diese geringe Desinfektion, um das Wuchern der Bakterien in der nassen Windel zu verhindern, ohne daß eine Hautreizung durch das Sublimat hervorgerufen wird. Die Dermatitis verschwindet zusehends.

The Treatment of Pruritus Ani by Electric Ionization (Behandlung des Pruritus ani mit Kataphorese), von E. L. Oliver-Boston. S. 560. Die durch Kataphorese mit Hydrargyrum oxycyanatum behandelten, gebesserten und geheilten Fälle von Pruritus ani können wegen ihrer geringen Anzahl (30 Patienten i. G.) für den Erfolg nicht beweisend sein. Nach den Erfahrungen des Verf. jedoch lohnt immerhin der Versuch.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Journal d'Urologie

1926, Bd. 22, Nr. 2

Relations du rein droit et de l'appendice au point de vue pathologique (Die Beziehungen der rechten Niere zur Appendix vom pathologischen Gesichtspunkte aus), von M. Laquière-Paris. S. 97.

Quelques considérations sur le chancre simple de l'urètre avec deux observations personnelles (Einige Betrachtungen über das Ulcus molle der Harnröhre mit zwei persönlichen Beobachtungen), von L. Strominger und A. Schapira-Bukarest. S. 132. Bericht über zwei entsprechende Fälle. Das eine Mal hatte ein rezidivierender Polyp, das andere Mal eine chronische Urethritis die Ansteckung begünstigt. In beiden Fällen saß der weiche Schanker hinter dem Orificium externum, Ducrein-Reaktion und Streptobazillennachweis waren positiv, bei dem ersten Falle bestanden

Digitized by Google

Leistenbubonen, die inzidiert werden mußten. Heilung in beiden Fällen auf Jodoform und Dochte mit Kalomelglyzerin hin. Literaturzusammenstellung.

Néoplasme bilatéral des testicules en ectopie iliaque d'origine surrénale (Bilaterale Neoplasmen von Nebennierenbau an hochgelegenen ektopischen Hoden), von Jungano-Neapel. S. 136. Seit mehreren Jahren litt ein Patient in den 30er Jahren an Verdauungsbeschwerden. Sein Skrotum ist leer, Potentia coeundi erhalten, seine Frau ist kinderlos. Unterhalb des Nabels wölben sich seit 3 Jahren immer mehr zwei Tumoren rechts und links symmetrisch vor. Bei der Operation zeigt es sich, daß es sich um tumorhaft veränderte Hoden handelt. Die Tumoren werden entfernt. Die histologische Untersuchung ergibt Gewebe von Nebennierencharakter mit in das Bindegewebe eingestreuten Knorpelstücken. Die Bilateralität, der hohe Sitz der Ektopie und die histologische Natur der Tumoren stempeln diesen Fall zu einem besonderen.

Kyste hydatique rétrovésical opéré par voie transvésicale (Retrovesikale Hydatidenkyste, transvesikal operiert), von L. Cochez und G. Mariel. S. 139.

Anurie calculeuse et cathétérisme urétéral (Kalkulöse Anurie und Ureterenkatheterung), von Loubriat. S. 141. Prompter Erfolg der Ureterenkatheterisierung bei einem 61jährigen Manne mit Nierensteinen, bei dem 7 Tage lang eine vollkommene Harnverhaltung bestanden hatte.

Traitement du chancre simple par l'électro-coagulation (Behandlung des Ulcus molle mit Elektrokoagulation), von Buzagin. S. 142. Elektrokoagulation unter Lokal- (½—1%ige Novokain- oder Kokainlösung) oder allgemeiner Anästhesie. Vorteilhaft sind die schnelle Sterilisation, die Möglichkeit, die asceptische Wunde sauber zu halten, die weiche Narbe, nachteilig die mitunter zu tiefen Zerstörungen, die meist lange Heilungsdauer, besonders bei zu großen und multiplen Schankern, wobei es bei den lange offen bleibenden Wunden leicht zu Sekundärinfektionen kommen kann, schließlich eben der Umstand, daß man dazu — im Gegensatz zu der sonst üblichen Behandlungsweise — einer Apparatur bedarf.

Nouvelle olive „cunéiforme" pour laveurs destinés aux grands lavages urétro-vésicaux et pour les séringues à injections urétrales (Neuer „keilförmiger" Olivenspülansatz für große Harnröhren-Blasenspülungen und für Harnröhrenspritzen), von L. Boulanger. S. 152. Empfehlung eines Metallspülansatzes, der, sonst olivenförmig gestaltet, seitlich zusammengedrückt und deshalb für die Injektion besonders praktisch erscheint. E. Sklarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Prostitution und Wismuttherapie, von H. G. Rottmann, Hautkl. Akad. Düsseldorf. (M. Kl., 1926, Nr. 38, S. 1447—1450.) Die ärztliche Untersuchung der Prostituierten wird durch deren außerordentlich große Fluktuation wesentlich erschwert. Der Prozentsatz manifester Syphilis ist bei der heimlichen Prostitution, deren Zahl im Wachsen ist, ein viel größerer. Demgegenüber steht die häufige latente Syphilis der Kontrolldirnen, die sehr oft ganz unregelmäßige und ungenügende Behandlungen (auch bei Kurpfuschern) auf eigene Faust vornehmen. Es muß versucht werden, den frischen Fällen durch intensive Behandlung ihre Infektiosität zu nehmen und sie möglichst lange vor Rezidiven zu bewahren, und es muß ferner jede Möglichkeit benutzt werden, die latente Syphilis zu behandeln (Wiedereinlieferung Prostituierter wegen anderer Krankheiten). Wismut ist für diese Zwecke sehr geeignet, muß jedoch in größerer Einzel- und Gesamtdosis gegeben werden, als gewöhnlich üblich: 10—12 Einspritzungen von Bismogenol 2,0 oder Mesurol 1,0. Die Erfolge waren bei Prostituierten keine besonders guten: von 166 ausreichend Behandelten zeigten nur 25 am Ende der Kur negative Seroreaktionen. Die Schuld daran tragen die Lebensgewohnheiten (Alkohol, Nikotin). Nach ausreichenden Kuren werden infektiöse Rezidive, die bei Prostituierten besonders zu fürchten sind, überhaupt nicht beobachtet, dagegen eher bei heimlichen Prostituierten, die sich ausreichender (wiederholter) Behandlung entzogen. Eine Besserung der Erfolge kann vielleicht erwartet werden, wenn es auf Grund des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gelingt, wiederholte Kuren auch bei eventuellem Ortswechsel und wenn nicht anders unter Anwendung von Zwang durchzuführen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Verschiedenes

Die Zukunft des Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten, von O. Sprinz-Berlin. (Kl. W., 1926, Nr. 34, S. 1589.) Die Zahl der Dermatologen hat in den letzten Jahren besonders zugenommen, während demgegenüber die von ihnen zu behandelnden Erkrankungen im Abnehmen begriffen sind. Dazu kommt, daß ein großer Teil von Geschlechtskrankheiten und ebenso die einfacheren Hauterkrankungen von den Praktikern in zunehmendem Maße behandelt werden, während auf der anderen Seite wichtige Gebiete der Venerologie abgezweigt sind und der besonderen urologischen Spezialität zufallen. Die Privatklientel hat stark abgenommen, die Kassenpraxis bringt, wenigstens in den Großstädten, bei viel Arbeit ein schwaches Einkommen. Auch die sozialen Wohlfahrtseinrichtungen nehmen dem praktizierenden Dermatologen mancherlei fort. Schlußfolgerung: der Dermatologe hat in seiner jetzigen Art keinerlei Daseinsberechtigung mehr, sondern der „Dermatologe der Zukunft soll ein Internist sein, der etwas von der Haut versteht". E. Langer-Berlin.

Die Einstellung der Hebraschen Lehren zur modernen Richtung in der Dermatologie, von Touton-Wiesbaden. (W. m. W., 1926, Nr. 31, S. 945.) Die heutige Lehre der Dermatologie, die von dem Gedankengang ausgeht, daß es sich bei den Hautkrankheiten nicht um selbständige Krankheitsbilder der Haut handelt, sondern nur um die Spiegelbilder von Allgemeinerkrankungen des betreffenden Organismus, kann nicht als ein Umsturz der Hebraschen Lehren angesehen werden, sondern nur als eine zielbewußte Weiterentwicklung von Gedanken, die Hebra selbst zum größten Teil schon ausgesprochen hatte. Er stand trotz seiner scharfen klinisch-morphologischen Einstellung auf dem gleichen Standpunkt der Entwickung vieler Hautkrankheiten auf dem Boden interner Veränderungen. Trotzdem bleibt aber auch seine klinisch-morphologische Lehre von enormer Bedeutung, unter anderem als didaktisches Moment, wo seine Lehren zur Einführung in die Dermatologie unersetzlich sind. E. Langer-Berlin.

Anatomie und Physiologie der Haut

Untersuchungen über das Verhalten der Haut gegenüber Strahlen des sichtbaren Spektralgebietes, von W. Schultze, Univ.-Hautkl. Gießen. (M. m. W., 1926, Nr. 23, S. 943.) Untersuchungen über die Absorption und Reflektion an der lebenden Haut. Die Hauttypen reagieren verschieden; der Blonde anders als der Dunkelhaarige, der Pigmentierte anders als der Nichtpigmentierte. — Im allgemeinen wurden für die Versuche Personen mit normaler Haut ausgewählt. Als ständig dem Licht ausgesetzte Hautstellen galten Handrücken, Kinn, Nase und Wange; als wechselnd belichtet der Unterarm in der Mitte der Streckseite; als wenig Licht gewöhnt Oberarm, Brust und Rücken. — Aus 235 kurvenmäßig dargestellten Reflexionsspektren geht hervor, daß die pigmentierte Haut prozentual weniger reflektiert. Das feinere Hautrelief ist bei Pigmentierten erhöht und besitzt tiefere Furchungen. Stärkerer Fettgehalt erhöht die Reflexion im langwelligen Teil des Spektrums. Je lichtgewöhnter eine Hautstelle, um so mehr absorbiert sie. M. Cohn-Dresden.

Untersuchungen über das Vorkommen von Harnsäure im menschlichen Schweiß, von K. Volt, Med. Univ.-Kl. Marburg. (Arch. f. exper. Path., 1926. Bd. 116, H. 5/6, S. 321.) Die Untersuchungen des Verf. ergeben, daß es im allgemeinen nicht gelingt, mit den üblichen Untersuchungsmethoden Harnsäure im Schweiß nachzuweisen. Wenn auch Versuche mit der Methodik von Morris dafür sprechen, daß doch geringe Mengen von Harnsäure im menschlichen Schweiß vorkommen, so lassen sich quantitative Werte nicht nennen, da außer Harnsäure auch noch andere Substanzen, wie Fettsäuren und Milchsäure, mit Zink gefällt werden und mit Phosphorwolframsäure mit Blaufärbung reagieren können. Das Phenolreagens von Folin und Denis ist jedenfalls für quantitative Untersuchungen auf Harnsäure ungeeignet.
F. Jacobsohn-Berlin.

Allgemeine Physiologie

Untersuchungen über intrazelluläre oxydierende Substanzen, von W. Loele-Dresden. (Virch. Arch., 1926, Bd. 262, H. 1, S. 39.) Verf. teilt die stabilen Oxydasen bei Pflanzen und Tieren ein in oxydierende Substanzen der Oberflächenzellen oder solcher Zellen und Zellgruppen, die ihr Sekret an einer Oberfläche entleeren und in oxydierende Substanzen innerhalb von Gefäßen. Von 46 verschiedenen Mollusken

Digitized by Google

zeigten 39 positive Oberflächenreaktion. Bei Tieren, deren Oberfläche aus einer Schleimhaut besteht, fällt die Oxydase- oder Peroxydasereaktion der Epithelien und Schleimzellen positiv aus. Bei den übrigen Tieren ist die Oberflächenreaktion negativ. Die oberflächlichen Zellschichten der Blätter, Stiele, Wurzeln bei Pflanzen reagieren positiv. Bei Pflanzen ergeben die Gefäßzellen eine positive Reaktion, bei höheren Tieren finden sich naphtholpositive Zellen im strömenden Blut. Rote Blutkörperchen können mit Ausnahme der roten Blutkörperchen des Hundshais durch die Naphtholoxydasereaktion nicht zur Darstellung gebracht werden, mit Alfanaphthol und Benzidin erhält man aber Peroxydasereaktion. Weiße Blutkörperchen sind oxydasehaltig. Die Lymphozyten des Blutes reagieren nach Ansicht der meisten Autoren negativ. Ist eine positive Oxydasenaphtholreaktion vorhanden, so handelt es sich um ein Gemisch verschiedener oxydierender Substanzen oder um einen einheitlichen Komplex, von dem die übrigen oxydierenden Stoffe abgespalten werden. Pigmenthaltige Zellen sind im allgemeinen frei von oxydierenden Substanzen. Ebenso finden sich nach Loele in Zellen, die Pigmente bilden, dann keine Pigmente, wenn die Oxydasereaktion positiv wird. Über die Herkunft der oxydierenden Substanzen ist erst sehr wenig bekannt. Peroxydase hat etwa die Molekulargröße des Phenols. Innerhalb der Zelle ist die Peroxydase an eine basische Gruppe gebunden. Die in den Zellen vorhandene Naphtholoxydase besteht aus 4 Gruppen, aus peroxydbildender, oxydierender, farbstoffbindender Gruppe und Stickstoffgruppen.

A. Holländer-Bielefeld.

Beiträge zur Physiologie der menschlichen Kapillaren. IV. Mitteilung: Verhalten bei venöser Stauung und arterieller Drosselung, von H. Heimberger, Med. u. Nervenkl. Tübingen. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1926, Bd. 53, H. 1/2, S. 107.) Durch längere Zeit anhaltende Unterbrechung der normalen Strömung schädigt die Kapillarwand, und bei gestörter Zirkulation ruft schon ein schwacher mechanischer Reiz Veränderungen an der Kapillare hervor, wie sie sonst nur nach starkem Druckreiz auftreten. Nach Wiederherstellung normaler Zirkulation zeigt die Kapillare eine deutliche Steigerung der Reizempfänglichkeit für mechanische Reize. Für die Strömung in den Kapillaren ist ein gewisser Tonus der Kapillarwand erforderlich; bei übermäßiger Tonusverminderung wird die Kapillare reflektorisch ausgeschaltet. Daß eine Förderung des Blutstromes durch aktive Tätigkeit der Kapillare im Sinne eines „peripheren Herzens" zustande kommt, dafür konnte ein Beweis nicht erbracht werden. Wird während der (arteriellen) Abdrosselung des Blutstroms die Kapillare gereizt, so bleibt die nach mechanischem Reiz gewöhnlich auftretende Reaktion — Perizytenkontraktion — aus, stellt sich aber bald nach Wiederherstellung der regulären Strömung von selbst ein. Der latent gebliebene Reiz kommt erst nach Beseitigung der Strombehinderung zur Wirkung.

M. Stern-München.

Le métabolisme du soufre (Der Schwefelstoffwechsel), von H. Fleurin. (Progr. méd., 1926, Nr. 46, S. 1706—1713.) Jeder Eiweißkörper enthält Schwefel. In seinem Stoffwechsel spielen die Nebennieren eine große Rolle, Störungen ihrer Funktion oder experimentelle Entfernung führen zur Vermehrung des Schwefelgehaltes im Blut, besonders zum Anwachsen des neutralen Schwefels. Der Oxydation des Schwefels geht Bildung von H_2S voraus, dann folgt eine Serie aufeinanderfolgender Oxydationen vor der Ausscheidung. Der Schwefel spielt eine aufbauende und, was wichtiger ist, eine Oxydation befördernde Rolle. E. Levin-Berlin.

La „thiémie" normale et pathologique (Der normale und pathologische Schwefelgehalt des Blutes), von M. Loeper. (Progr. méd., 1926, Nr. 46, S. 1701—1706.) Der normale Schwefelgehalt des Blutes beträgt beim Erwachsenen mehrere Stunden Nüchternen 0,07—0,1 im Liter Serum, davon 80% oxydiert, 20% neutral. In verschiedenen Krankheitszuständen tritt eine Vermehrung ein, doch ist diese nicht so wichtig wie Störungen des Verhältnisses von oxydiertem zu neutralem Schwefel. Relative Verminderung des oxydierten Schwefels findet sich besonders bei Stoffwechselveränderungen der Leber und der Nebennieren. Die Tätigkeit der Leber besteht zunächst in einer Fixierung des Schwefels, sodann folgt Oxydation, Kombination = Bildung aromatischer Schwefelverbindungen, Ausscheidung. Auch die Nebenniere fixiert Schwefel, und zwar besonders neutralen. Der Schwefel wird außer durch andere Organe auch durch die Haut ausgeschieden, woselbst er zur Melaninbildung beiträgt. So könnte übermäßiger Schwefelgehalt des Blutes zu Melanodermie führen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Grundlegende Fragen der vererbungsbiologischen Zwillingsforschung, von v. Verschuer, Med. Univ.-Polikl. Tübingen. (M. m. W., 1926, Nr. 38, S. 1562.) Siemens hat dichorische Zwillinge beschrieben, die auf Grund seiner Ähnlichkeitsprüfung als Eineier zu betrachten waren, während Verf. umgekehrt monochorische Zwillinge fand, die wegen der Verschiedenheit in mehreren polymeren Merkmalen als Zweieier aufgefaßt werden müssen. Für die Entwicklung menschlicher Zwillinge ergaben sich vier Möglichkeiten: 1. Dichorische Zwillinge aus 2 Eiern, die sich in genügender Entfernung voneinander einbetten; gewöhnlicher Fall. 2. Dichorische Zwillinge aus einem Ei, das sich schon in frühem Stadium in zwei selbständige Embryonalanlagen getrennt hat. 3. Monochorische Zwillinge aus einem Ei; gewöhnlicher Fall. 4. Monochorische Zwillige aus zwei Eiern, die so nahe zusammenliegen, daß sich die Eihäute entweder überhaupt nur einfach entwickeln oder deren trennende Scheidewände später zerreißen. Auch die verschiedene intrauterine Entwicklung erschwert die vererbungswissenschaftliche Deutung, wie Verf. besonders mit Bezug auf die quantitativen Differenzen ausführt. Mit relativ großer Sicherheit können wir die Eineiigkeit aus der Übereinstimmung in mehreren polymer bedingten Erbeigenschaften feststellen. Für die Erbgleichheit führt Verf. seine Befunde an, denen zufolge asymmetrische Merkmale bei Eineiern häufiger in genau gleicher als in verschiedener Weise auftreten, und gerade bei diesen erblichen Merkmalen kommt eine Diskordanz nur ganz vereinzelt vor. Das spricht nach des Verf. Ansicht so sehr für Erbgleichheit, daß wir auch das häufigere diskordante Verhalten in anderen (sonst wenig variablen) Charakteren bei Eineiern nicht als Erbverschiedenheit deuten dürfen, sondern als durch Manifestationsschwankungen infolge der Zwillingsschwangerschaft bedingt ansehen müssen. Jedenfalls nimmt Verf. an, daß wir „aus differenten Befunden bei eineiigen Zwillingen nicht ohne weiteres die Nichterblichkeit eines Merkmals folgern dürfen", und unterscheidet sich dadurch von Siemens, der bekanntlich die bei Eineiern in verschiedener Weise auftretenden Charaktere für nichterblich erklärt und gerade aus dem diskordanten Auftreten die Nichterblichkeit ableitet. Nur bezieht Verf. die Verschiedenheiten im Phänotyp im Gegensatz zu anderen Autoren nicht auf Verschiedenheiten der Erbanlagen, sondern ist der Ansicht, daß sie auch bei Gleichheit der Erbmassen durch Manifestationsschwankungen infolge der Zwillingsschwangerschaft auftreten können.

L. Leven-Elberfeld.

Zwillingsbiologische Untersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Ätiologie der Muttermäler, von E. Meirowsky-Köln. (Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie, 1926, Bd. 18, H. 3.) Verf. prüft an Hand eines Materials von je 150 Ein- und Zweieierpaaren die Grundlagen der Zwillingsbiologie sowie die Einwände, die hauptsächlich von Siemens auf Grund zwillingspathologischer Befunde gegen M.s Lehre von der idiotypischen Genese der Naevi erhoben wurden. Siemens ging bei seiner Polemik von der auf Galton zurückgehenden Ansicht von der Erbgleichheit monozygoter Zwillinge aus, bei deren Annahme die logische Folgerung war, daß Merkmale, die bei zwei Partnern eines Eineierpaares verschieden auftreten, als nichterbliche zu betrachten sind. Verf. lehnt die Anschauung ab; er führt mit einer Reihe anderer Forscher die Verschiedenheiten auf geringe Unterschiede in den Erbanlagen und ungleichmäßige Verteilung der letzteren zurück. Der Entstehungsmodus eineiiger Zwillinge ist analog dem der rechten und linken Körperhälfte eines Individuums, und deshalb unterscheiden sich Eineier in derselben Weise voneinander wie die beiden Körperseiten, die bekanntlich in keiner Weise im strengen Sinne des Wortes identisch sind. Verf. gibt dann eine Reihe eigener Beobachtungen an monozygoten Zwillingen, in denen erbliche Merkmale bei den Partnern diskordant gefunden wurden. Von besonderem Interesse ist dabei die Verteilung der Färbung bei zusammengewachsenen Monstren sowie das Verhalten des Papillarliniensystems, dessen Erblichkeit insbesondere durch das große von K. Bonnevie untersuchte Material bewiesen wurde. Verf. hat die Tastfiguren von je 30 Ein- und Zweieierpaaren geprüft und ist dabei zu denselben Resultaten gelangt wie Referent — siehe diese Wochenschrift, 1920, Nr. 24 —, nämlich daß bei Eineiern die Figuren an den homologen Fingern in verschiedener Weise auftreten können, daß also bei einem sicher erblichen Merkmal keine völlige Übereinstimmung bei ihnen vorzuliegen braucht. Daß aber weiterhin ihre Erblichkeit außer Frage steht, ergibt sich, wie bei den Untersuchungen des Ref., aus der weit größeren Übereinstimmung der Eingegenüber den Zweieiern und dementsprechend aus den Korrelationszahlen, die Verf.

Digitized by Google

durch Druxes errechnen ließ. Auch die Siemensche Auffassung, derzufolge typisch einseitige Merkmale in der Regel nicht erblich sind, trifft nach Verf. nicht zu, und er führt außer Fällen von Sommer und Bauer den Stammbaum eines englischen Terriers an, bei dem sich eine halbseitige Maskenzeichnung seit 1875 bis auf den heutigen Tag verfolgen läßt. Beim Menschen liegt eine erbliche Disposition zur Naevusausbildung vor, deren Größe durch Korrelationsberechnung sowie durch den Nachweis familiärer Häufung erkannt werden kann. Letztere ist wiederholt beschrieben worden, und Verf. fügt vier weitere, Pigmentmäler betreffende Beobachtungen zu. Bei Cutis marmorata und teleangiektatischer Wangenröte zeigte sich eine weit stärkere Übereinstimmung zwischen Eineierpartnern als bei Zweieiern; die Erblichkeit der letztgenannten Erkrankung folgt auch aus den Stammbäumen Hammers, und Verf. fand bei Feuermälern, die grundsätzlich derselben idiotypischen Anlage entsprechen wie die Teleangiektasien, eine Anzahl von Familien, in denen die Vererbung unzweideutig nachgewiesen werden konnte. Ungleichmäßiges Auftreten von Muttermälern bei Eineiern kann schließlich noch durch Manifestationsschwankungen infolge innerer und äußerer Faktoren bedingt werden. Die von Lenz für das vom Verf. veröffentlichte Material berechneten Korrelationszahlen passen ebenso wie die von Siemens mitgeteilten zu der Annahme, daß die Naevi zu etwa $^9/_{10}$ auf Erbanlagen beruhen. Aus all diesen Gründen kann die Lehre von der Erblichkeit der Naevi heute als bewiesen angesehen werden. L. Leven-Elberfeld.

Über den Wert der daktyloskopischen und der dermatologischen Methode zur Eineiigkeitsdiagnose der Zwillinge, von P. J. Waardenburg-Arnhem, Holland. (Kl. W., 1926, Nr. 45, S. 2115.) Daktyloskopische Untersuchungen an eineiigen (E.Z.), zweieiigen (Z.Z.) Zwillingen und im Alter verschiedenen Geschwistern haben gezeigt, daß diese Methode allein weder praktisch noch theoretisch genügt, um den Nachweis zu erbringen. In einer Reihe von Fällen bei Z.Z. und bei im Alter verschiedenen Geschwistern waren die daktyloskopischen Befunde ähnlicher und übereinstimmender als bei E.Z. E. Langer-Berlin.

Über einen Fall von Spiegelbildlichkeit im Haarstrich eines Kraniopagus, von A. Dabelow, Anat. Inst. Amsterdam. (Anat. Anz., 1926, Bd. 62, Nr. 7/8, S. 133.) Verf. beschreibt zwei bei der von ihm untersuchten Mißbildung — einem Kraniopagus — vorhandene Wirbel, die beiderseits konvergent, aber in ihrer Haarrichtung zueinander spiegelbildlich sind und deren Zentren in gleicher Entfernung von der Mittellinie liegen. Im übrigen ist die Verteilung der Haarströmung, soweit sie sich erkennen läßt, weitgehend gleichartig. Zwischen den Stirnen der beiden Partner findet sich ein divergierender Wirbel und seitlich davon ein Kreuz; beide Stellen sind unpaar und ihre Deutung für die Spiegelbildlichkeit von Wichtigkeit. Ganz allgemein liegen die Linien, in denen Ströme von beiden Seiten zusammenstoßen, nicht genau median, und so ist es auch bei Verf.s Fall. Nach der Annahme von Ludwig beruht dies darauf, daß die Figurierung des Haarstromes durch die Wachstumsrichtung der Epidermis bedingt ist, wobei ein Strom die Mittellinie eher erreichen kann als der andere und mit letzterem jenseits der Mitte zusammentrifft. Im vorliegenden Falle wäre dann bei Teilung in zwei selbständige Individuen das divergente Wirbelgebiet an der Stirn zu zwei spiegelbildlich gestellten Wirbeln geworden. Zur Erklärung nimmt Verf. weiter an, daß Zerreißungen eines Wirbels an dem gemeinsamen Integument einer Doppelmißbildung nach Analogie solcher Vorgänge bei einem Individuum zu Spiegelbildlichkeit führen können: jedoch stößt diese für seinen Fall nächstliegende Hypothese für die Deutung des Vorganges bei Teilung in zwei völlig getrennte Individuen auf Schwierigkeiten. Es wäre wichtig, wenn sich ähnliche Fälle an getrennten Eineiern fänden, und sich feststellen ließe, ob spiegelbildlicher Haarstrich bei Doppelmißbildungen häufiger vorkommt als bei getrennten Zwillingen. L. Leven-Elberfeld.

Zur Vererbung der Gynäkomastie, von R. Fetscher. (Zschr. f. Sexualw., 1926, Bd. 13, H. 7, S. 208—210.) Die Anomalie fand sich beim Vater und 2 von 3 Söhnen. Den Erbgang betreffend könnte man Dominanz vermuten. E. Levin-Berlin.

Mikroskopische Technik

Methodisches zur Kapillarmikroskopie, von F. Scheminzky, Physiol. Univ.-Inst. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 48, S. 1391.) Beschreibung einer bereits vor drei Jahren vom Verf. veröffentlichten Universalmikroskapierlampe. Besondere Vorteile

Digitized by Google

ergeben sich aus der größeren Lichthelligkeit und der Möglichkeit, Farbfilter anzuwenden, und daraus, daß die Beleuchtung von der Haut entfernt und damit die Wärmewirkung ausgeschaltet ist. Die Herstellung von Farbfiltern wird ausführlich geschildert. Die Anwendung eines grünen Filters ermöglicht ganz besonders das Studium der Strömungsverhältnisse in den Kapillaren, die ohne Filter kaum sichtbar, nach Einschaltung des Naphtholgrüns überaus deutlich hervortreten, ohne daß die Lichtstärke der Universalmikroskopierlampe wesentlich geschwächt wird.

M. Cohn-Dresden.

Zur Kapillarmikroskopie, von Bettmann, Univ.-Hautkl. Heidelberg. (Kl. W., 1926, Nr. 44, S. 2066.) Verf. hat an dem Mikroskopmantel unmittelbar über dem Fuß in der Mitte zwischen Schwalbenschwanznute und Lampenfassung einen 20 mm hohen und 5 mm breiten Spalt angebracht. Dieser dient zum Wärmeausgleich, er verhindert das Beschlagen und damit das Undeutlichwerden des Bildes, er ermöglicht eine Kontrolle der eingestellten Stelle von außen, und vor allem wird die Beobachtungsstelle ohne das sonst notwendige Absetzen oder Verschieben des Mikroskops möglich, so daß man ohne Schwierigkeiten nachölen und experimentelle Reize an die zu beobachtende Stelle bringen kann. E. Langer-Berlin.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Das Ektoplasma der Bakterien. V. Mitteilung: Färberischer Nachweis und chemischer Bau des Ektoplasmas der gramnegativen Bakterien, von M. Gutstein, Path. Univ.-Inst. Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 100, H. 1/3, S. 1.) Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß die gramnegativen Bakterien einen ähnlichen Bau wie die grampositiven aufweisen. Der wesentlichste Unterschied von den Grampositiven besteht nur darin, daß ihr Ektolipoid, nachweisbar durch Viktoriablau, nicht gramfest, ist. — Die über die Bedeutung der Lipoidmembran gemachten Angaben sind im wesentlichen dieselben, wie sie schon von Schumacher angedeutet sind.

W. Liese-Kiel.

Zur Biologie des B. fusiformis und der Spirochaete Vincenti, von E. Rukawischnikoff. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 100, H. 4/6, S. 218.) Die verschiedenartigen Formen der bei Angina Plaut-Vincenti im Ausstrichpräparat zu beobachtenden Elemente, wie Primärelemente (diplokokkenähnlich), B. fusiformis, Spirochäten und körnige Sammelformen (Ketten diplokokkenartiger Elemente), stellen verschiedene Stadien eines und desselben Mikroorganismus dar. In den ersten Tagen des Kulturlebens sah Verf. Vermehrungsherde in Gestalt von Anhäufungen der „Primärelemente" und von ihnen abgehende Sammelformen, ferner Gebilde in Gestalt von Kugeln, die er für Zysten hält, in denen sich junge Parasiten entwickeln. Die Diplokokken der Diplobazillen sowie die Zysten sind Schutz- und Dauerformen der Parasiten. F. Harry-Wiesbaden.

Vegetatives Nervensystem und Immunität. I. Mitteilung: Die Wirkung des Pilokarpins auf die Immunkörperbildung, von A. Belák, F. Sághy und L. Csereszynés, Hyg. Univ.-Inst. Debreczen. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1926, Bd. 52, H. 5/6, S. 559.) Kaninchen wurden mit Paratyphus B infiziert und erhielten gleichzeitig Pilokarpin in nichttoxischer Dosis intravenös oder peroral. Bei beiden Applikationsarten konnte eine deutliche Erhöhung des Agglutinationstiters gegenüber den Kontrolltieren festgestellt werden. Demgegenüber ließen die mit Atropin behandelten Tiere keine sichere Beeinflussung erkennen. Die Reizung des parasympathischen Nervensystems durch Pilokarpin bewirkt demnach beim Kaninchen eine Förderung der Agglutininbildung. E. Schröpl-Prag.

Vegetatives Nervensystem und Immunität. II. Mitteilung: Die Wirkung der Injektion einer Kochsalzlösung auf die Agglutininbildung, von A. Belák und L. Csereszynés, Hyg. Univ.-Inst. Debreczen. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1926, Bd. 52, H. 5/6, S. 567.) Eine Erhöhung des Agglutinintiters konnte auch erzielt werden (s. v. Ref.), wenn den mit Paratyphus B infizierten Kaninchen subkutane NaCl-Injektionen verabreicht wurden, während sie bei entsprechenden Injektionen von Aqu. dest. nicht so deutlich in Erscheinung trat. Die durch die NaCl-Injektion hervorgerufene Gewebsspannung scheint einen Reiz auf parasympathische Nervenbahnen auszuüben. Beim destillierten Wasser bleibt die Reizwirkung aus, weil durch die Verdünnung des Ionenmilieus die Nervenelemente gleichsam in eine physikalische Narkose versetzt werden. E. Schröpl-Prag.

Digitized by Google

Vegetatives Nervensystem und Immunität. III. Mitteilung: Zur Reiztheorie der Immunkörperbildung, von A. Belák und L. Cseresznyés. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1926, Bd. 52, H. 5/6, S. 572.) S. v. Ref. Zur Beweisführung für die Richtigkeit der Reiztheorie der Antikörperbildung bedienten sich die Verff. in Anlehnung an Oshikawa der folgenden Versuchstechnik: In die Kaninchenohrspitze wird zugleich mit dem Antigen (Paratyphus B) Pilokarpin bzw. Atropin injiziert, während die Kontrolltiere Antigen und destilliertes Wasser erhalten. Nach 10 Minuten wird die Ohrspitze amputiert, um zu verhindern, daß eine wesentliche Menge des Antigens resorbiert wird. Es zeigte sich, daß der Agglutinationstiter der Pilokarpintiere gegenüber den Kontrolltieren wesentlich höher lag, während die Atropintiere keine deutliche Verringerung aufwiesen. Diese Ergebnisse werden so gedeutet, daß der durch Pilokarpin bewirkte parasympathische Erregungszustand im Moment des Kontaktes mit dem Antigen eine Steigerung der Antikörperbildung zur Folge hat, wobei es bedeutungslos ist, daß ein Teil des Antigens resorbiert wird, weil dieses in der Folge (nach Ausscheidung des Pilokarpins) nur mit einem ungereizten Nervensystem in Kontakt tritt. Demgegenüber wird nach Ausscheidung des Atropins das Antigen mit dem wieder normal tonisierten Nervensystem in Beziehung treten, weshalb eine Verminderung der Immunkörperbildung von vornherein nicht zu erwarten ist. Der im Moment der Antigeneinwirkung herrschende parasympathische Tonus ist also insofern von Bedeutung für den Ablauf der Infektion, als die Intensität der Immunkörperbildung von dem maximalen Tonus bestimmt wird, während die Minusschwankung keinen Einfluß hat. Hieraus ergibt sich vielleicht eine Erklärung für gewisse Fälle von zeitlicher Dispositionsschwankung gegenüber Infektionskrankheiten.

E. Schröpl-Prag.

Beiträge zum Idiosynkrasieproblem, von W. Jadassohn, Derm. Kl. Zürich. (Kl. W., 1926, Nr. 42, S. 1957.) An Hand der verschiedenen Idiosynkrasieformen, wie Asthma, Heufieber, Urtikaria, Toxikodermien, Ekzem, versucht der Verf. zu erklären, ob und inwieweit es möglich ist, das Idiosynkrasieproblem in unitarischem Sinne zu lösen. Zweifellos ist es jetzt wohl erwiesen, daß nicht nur Eiweißkörper Antigennatur besitzen. An mehreren Beispielen und aus den Ergebnissen der experimentellen und klinischen Forschung wird dieser Satz erläutert. Auch der durch die Prausnitz-Küstnersche Methode gelieferte Nachweis freier Antikörper, die passive Übertragbarkeit bei gewissen Idiosynkrasieformen und Beobachtungen bei der passiven Übertragbarkeit sprechen im Sinne des Verf.s. Andererseits ist es bisher nicht gelungen, die ekzematöse Hautreaktion zu übertragen und damit ekzematogene Antikörper nachzuweisen. Auch in anderen Fällen kann trotz des Nachweises freier Antikörper im Prausnitz-Küstnerschen Versuch bei urtikariell-exsudativen Dermatosen und bei der Pollenidiosynkrasie die Übereinstimmung dieser Reaktionsform mit der anaphylaktischen Reaktion als noch nicht erbracht angesehen werden. Wir sind vorläufig nicht in der Lage, „die genannten Idiosynkrasien einfach als den klinischen Ausdruck ein und derselben biologischen resp. anaphylaktischen Reaktion aufzufassen und die Differenzen klinischer und experimenteller Natur auf Variationen sekundärer Faktoren zurückzuführen". E. Langer-Berlin.

Considérations sur la cause du choc anaphylactique (Betrachtungen über die Ursache des anaphylaktischen Choks), von G. Milkovitch. (Compts. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 30, S. 1040.) Versuchsanordnung: 1. Serie Meerschweinchen erhält direkt ins Herz injiziert eine Mischung von syphilitischem Antigen (0,2 ccm), Serum eines Syphilitikers (0,2) und 10%ige Kaliummonophosphat-Lösung (0,1 ccm). Sofort Chok mit letalem Ausgang. Bei der 2. Serie wird das Syphilitikerserum durch normales ersetzt. Keine Chokwirkung. Die 3. Serie erhält die Substanzen der 1. Serie, jedoch jede getrennt für sich eingespritzt. Keine Chokwirkung. Bei allen Versuchen gleicht die Wirkung von frischem der von auf 56° erhitztem Serum. Es besteht eine optimale Konzentration der positiven Ionen zur Herbeiführung einer Flockung der Blutkolloide durch den Komplex des Antigen-Antikörpergemischs. Die Flockung entspricht der Chokwirkung. Die prophylaktische Injektion einer kleinen Dosis verhindert nur, wenn das Tier sensibilisiert war, den Chok durch Neutralisieren der Antikörper. Bei obigen Experimenten gelang es nicht, da keine Sensibilisierung bestand. Die Versuche haben praktische Bedeutung als Kontrollreaktionen für die WR.

H. Colman-Berlin.

Mécanisme et traitement des manifestations anaphylactiques; la sensibilisation (Mechanismus und Behandlung der anaphylaktischen Erscheinungen; die Sensibili-

Digitized by Google

sierung), von M. Vernet. (Presse méd., 1926, Nr. 91, S. 1427.) Der Anaphylaxie liegt eine Sensibilitätsstörung zugrunde, die eine physikalisch-chemische Veränderung der Säfte bedingt. Bei der erworbenen Anaphylaxie wie bei der angeborenen handelt es sich um eine Störung des sensiblen Nervensystems. Dieses letztere ist aber nicht identisch mit dem Sympathikussystem. Eine bedeutsame Stütze seiner Auffassung findet Verf. in seinen Experimenten an Meerschweinchen, bei denen er durch Anwendung von Jaborandi dem sonst unvermeidlichen Chok vorbeugen konnte. Verf. wendet sich gegen die Lumièresche Auffassung, daß der Zustand der gesteigerten Reizbarkeit durch eine humorale Veränderung bedingt sei, durch welche das Plasma geneigt gemacht ist, auf die Einführung des sensibilisierenden Antigens mit Flockenbildung zu reagieren, und daß diese Flockenbildung die anaphylaktische Krise auslöst. — Auch die klinische Beobachtung, daß die Ausflockung langsamer verläuft als der mit momentaner Plötzlichkeit einsetzende anaphylaktische Chok, spricht gegen L.s Ansicht. Verf. hat sehr gute Resultate nicht nur bei Asthma und Heufieber, sondern auch bei verschiedenen Dermatosen, wie Urtikaria, Quinckeschem Ödem und manchen Formen von Ekzem, durch methodische Verabreichung von Neopankarpin, einem Extrakt der Jaborandipflanze in toto, erzielt. Die Behandlung wird während der anfallsfreien Perioden fortgesetzt, bis die Sensibilitätsstörung dauernd behoben ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Die Gestalt der Blutkapillaren bei Hypertonie, von F. Lange, I. Med. Univ.-Kl. München. (D. Arch. f. kl. Med., 1926, Bd. 152, H. 5 u. 6, S. 302.) Alle die für Hypertonie als charakteristisch geschilderten Kapillarformen sind auch bei normalem Blutdruck zu beobachten. Beim Hypertoniker finden sich häufiger als normal die Langformen der Kapillaren, und der subpapilläre Plexus ist besonders oft zu beobachten. F. Rosenthal-Berlin.

Über den reflektorischen Dermographismus, von A. Grünstein und N. Popowa. (Wratschebnoje Delo, 1926, Nr. 21/22.) Der von H. Müller im Jahre 1918 gefundene reflektorische Dermographismus wird im Gegensatz zu dem gewöhnlichen durch Hinüberstreichen mit einem stumpfen Instrument hervorgerufenen, durch Ritzung mit einer Nadel erzeugt. Auf Grund der Untersuchung von 9 Nervenkranken überzeugten Verff. sich, daß der reflektorische Dermographismus bei Vorhandensein organischer Störungen des Zentralnervensystems abgeschwächt ist oder fehlt und dementsprechend als diagnostisches Hilfsmittel dienen kann.
A. Jordan-Moskau.

Über die Bedeutung des weißen und roten Dermographismus, von W. Kusnezow. (Wratschebnoje Delo, 1926, Nr. 21.) Der weiße Dermographismus weist auf eine negative (gehemmte, Ref.), der rote Dermographismus auf eine positive (verstärkte, Ref.) Erregung des angioneurotischen Apparats hin. Eine Kombination des roten und weißen Dermographismus bedeutet einen mittleren Erregungszustand, der bald nach dieser, bald nach jener Seite neigt. A. Jordan-Moskau.

Sympathikus und Gewebsstoffwechsel, von F. Heim, Inst. f. Krebsforsch. Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 44, S. 1856.) Verf. zeigt in einer Reihe von Tierexperimenten und an einem therapeutischen Versuch am Menschen den Einfluß des Sympathikus auf Tumorentwicklung und Tumorwachstum in der Richtung, daß nach einseitiger Resektion des Sympathikus auf dieser Seite trotz lange Zeit hindurch durchgeführter Teerpinselung am Ohr wohl Papillombildung, doch keine maligne Entartung eintrat. Ein analoger Versuch bei einem kankroidkranken Menschen ergab deutlichen Rückgang des Tumors. Diesen Einfluß des Sympathikus erklärt Verf. durch Beeinflussung des Stoffwechsels des Tumorgewebes. Die Permeabilität der Gefäßendothelien und Zellmembranen des Tumors steht unter deutlichem Einfluß des Sympathikus. In zweiter Linie führt Verf. den Cholesterinstoffwechsel im besonderen, Lipoidstoffwechsel im allgemeinen an, die auf Sympathikusreizung stark erhöht werden, ferner der Kohlehydratstoffwechsel. Diese Stoffwechselbeeinflussung bewirkt mittelbar eine Wachstumsbeschleunigung der Tumoren.
H. Samek-Prag.

Les cuti-réactions dans l'asthme (Die Kutanreaktionen beim Asthma), von C. Jéramec. (Presse méd., 1926, Nr. 81, S. 1274.) Eigene Beobachtungen bei 54 Fällen in der Klinik von Pasteur Vallécy-Radot. Von den 18 mit positivem Er-

Digitized by Google

gebnis untersuchten Kranken gaben 5 eine Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe an; bei den anderen 13 wurde diese Idiosynkrasie erst durch die Kutanreaktion aufgedeckt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tumorartige Bildungen im Anschlusse an Erythema multiforme und Septikämien, von R. Latzel-Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 50, S. 1446.) Verf. bringt 3 Krankengeschichten. Im ersten Falle handelt es sich um knotige Leberschwellung, die ganz den Eindruck eines malignen Tumors machte und sich im Verlauf eines Eryth. multiforme entwickelte. Im zweiten Falle bestand eine chronische Septikämie, während derer chronisch entzündliche Tumoren der Pleura und Leber entstanden. Die fortgesetzte Beobachtung des Blutbildes schützte vor falscher Diagnose und Operation. Im dritten Falle entwickelten sich nach 12wöchigem remittierendem Fieber tumorartige Knoten der Schilddrüse mit späterer Beteiligung des Mediastinums und der Lungen. Diese Knoten waren hart und ließen sehr an maligne Geschwulst denken, stellten sich aber als Abszesse mit derb-fibröser Kapselbildung heraus. H. Colman-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Über Magnocid, ein neues, haltbares Chlorpräparat, von H. Lochbrunner, III. Med. Abt. Städt. Krankenhs. München-Schwabing. (D. m. W., 1926, Nr. 47, S. 1984.) Magnocid ist ein weißes, schwach nach unterchloriger Säure riechendes Pulver, das fast unbegrenzt haltbar ist und seine Wirkung unverändert behält. Es wird als Magnocidwasser und -aufschwemmung verwendet. Seine geringe Löslichkeit in Wasser bringt es mit sich, daß nie mehr als 0,057% Chlor entstehen kann, so daß schädliche Nebenwirkungen nicht zu befürchten sind. Die kräftige Desinfektionswirkung des Magnocid beruht einerseits auf dem Vorhandensein von Chlor, andererseits darauf, daß stets fein verteilte, ungelöste Partikelchen auf die Haut gelangen, die durch Abspaltung von unterchloriger Säure eine anhaltende Desinfektion ausüben. Außerdem wirkt Magnocid granulationsanregend und epidermisierend. Indikationen sind Furunkulose, impetiginöse Ekzeme, Ulcera cruris, Vaginitis gonorrhoica (Spülungen mit 3—4 l heißer Aufschwemmung), jauchende Karzinome, Ulcera mollia nach erfolgter Ätzung, schankröse Bubonen, schließlich Pruritus ani.
F. Harry-Wiesbaden.

Über Carboplantin, von G. Stümpke, Derm. Stadtkrkhs. II. Hannover. (Kl. W., 1926, Nr. 42, S. 1971.) Carboplantin stellt ein Kombinationspräparat aus Adiplantin und Teer dar. Es hat sich bewährt bei den verschiedenen Formen der chronischen Ekzeme, besonders den neurodermitischen, bei Psoriasis, hier unter anderem entweder zur Nachbehandlung der Chrysarobin-Dermatitis oder zur Behandlung resistenter Fälle. Infolge der Juckreiz beseitigenden Eigenschaft ist es bei Pruritus und pruriginösen Affektionen und bei allen Reizzuständen der Haut mit Erfolg anwendbar. E. Langer-Berlin.

Le soufre en thérapeutique externe (Die äußerliche Anwendung des Schwefels), von L. Bory. (Progr. méd., 1926, Nr. 46, S. 1732—1738.) Nichts Neues.
E. Levin-Berlin.

Beiträge zur experimentellen Balneotherapie der Schwefelbäder. II. Über die perkutane Sulfidresorption, von Ed. Maliwa-Baden b. Wien. (M. Kl., 1926, Nr. 46, S. 1764.) Die Resorption von Schwefelwasserstoff aus H_2S-haltigem Badewasser durch die Haut ist durch den Nachweis der Metallsulfidbildung im subkutanen Gewebe sichergestellt. Die Aufnahme des H_2S erfolgt durch Diffusion. Daß die Gasresorption bei der Wirksamkeit der Schwefelbäder auch tatsächlich eine Rolle spielt, ergibt sich aus der eigenartigen Beeinflussung des intermediären Schwefelumsatzes, aus der Beeinflussung des Grundumsatzes und der klinisch an einzelnen Fällen sich zeigenden Ähnlichkeit zwischen Bäder- und Proteinkörperwirkung (niedrige Schwelle der Reaktivität). E. Levin-Berlin.

Eine neue Methode zum Studium der biologischen Wirkung der Mineralwässer: die Krenoreaktion (Un nuovo metodo di studio dell' azione biologica delle acque minerali: la crenoreazione), von N. Pende und L. Nardelli-Genua und Trient. (Rinascenza m., 1926, Nr. 22, S. 492—494.) Die Krenoreaktion von Pende und Nardelli besteht in der Prüfung der Reaktivität der Haut durch kutane Applikation (Skarifikation) und intradermische Injektion von kleinen Mengen Mineralwasser (Levico-Wasser) und durch die Prüfung des Einflusses auf den Gesamtstoffwechsel von intradermischen, intramuskulären und endovenösen Injektionen von kleinen und

Digitized by Google

größeren Mengen Mineralwasser. Die kutane und die intradermische Krenoreaktion scheinen durch eine Badekur wesentlich abgeschwächt zu werden, was eine aktive Beteiligung der Haut selbst an der therapeutischen Ausnützung der medikamentösen Bestandteile des Badewassers bedeuten könnte. Der Stoffwechsel scheint durch die Injektionen in alkaloischem Sinne geändert zu werden. Weitere Versuche sind noch im Gange. L. Nardelli-Trient.

Über Herstellung von Salben, von Brandweiner, Polikl. Wien. (W. m. W., 1926, Nr. 45, S. 1342.) Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß bei Herstellung derselben Salben in verschiedenen Apotheken keine der Salben der eigentlichen Vorschrift entsprach. Er mahnt daher zu größter Vorsicht bei der Verordnung.
E. Langer-Berlin.

Über die Bedeutung der chemischen Reaktionen bei Salben und anderen dermatotherapeutischen Mitteln, von C. Stern-Düsseldorf. (Kl. W., 1926, Nr. 38, S. 1794.) Verf. beschäftigt sich mit den Beziehungen der Hauterkrankungen zu den Therapeutizis unter Berücksichtigung ihrer beiderseitigen Wasserstoffionenkonzentration. Die Erfolge resp. Mißerfolge der Therapie bei den Dermatosen, insbesondere beim Ekzem, sind darauf zurückzuführen, daß die Therapie mehr oder weniger zufällig bisher dieser Forderung nachgekommen ist oder nicht. In einer ausgedehnten Versuchsreihe weist er nach, daß die gebräuchlichen Salben bezüglich ihrer Wasserstoffionenkonzentration sehr verschieden sind. Auch die Wirkung resp. die Unwirksamkeit der sauren Bäder, neutraler Salben usw. ist hierauf zurückzuführen. Er kann weiterhin zeigen, daß die Wasserstoffionenkonzentrationswerte des Blutes eines Ekzematikers und des lokal entnommenen Ekzemserums stark divergieren. So schwankt die Wasserstoffionenkonzentration des Blutes zwischen 8,0 und 7,0, die des Ekzemserums zwischen 7,6 und 6,0. E. Langer-Berlin.

Über die Wirkung allgemeiner Fetteinreibungen auf den menschlichen Organismus, von R. Latzel und K. Stejskal-Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 42, S. 1219.) Durch allgemeine Fetteinreibungen kommt es in einem großen Teil der Fälle zu deutlicher Abnahme des Körpergewichtes, verbunden mit einer leichten Verminderung der Harnmenge. Daneben läßt sich in allen Fällen eine Herabsetzung des N-Umsatzes nachweisen. Diese Wirkung der allgemeinen Öleinreibung ist wohl auf eine Erhöhung der Perspiratio insensibilis, wobei mit der vermehrten Wasserausscheidung auch N-Substanzen durch die Haut ausgeschieden werden, zurückzuführen. Diese vermehrte Durchlässigkeit der Haut vermittels Öleinreibungen ist zur Einbringung von Stoffen, wie Kohlehydrate und Eiweiß, sowie auch anderer Medikamente mit scheinbar positivem Erfolg versucht worden. B. Peiser-Berlin.

Weitere Beobachtungen über die Behandlung der Hautprozesse bei exsudativer Diathese, von A. S. Sokolow-Moskau. (M. m. W., 1926, Nr. 23, S. 945.) Verf. schloß aus der Nahrung des Kindes bzw. der Mutter nicht nur Kuhmilch, sondern auch Rindfleisch, Eier, eventuell auch Zucker und Fette aus. Erwies sich diese Änderung nicht als ausreichend, wurde Proteintherapie angewendet. Es wurden Ekzeme, Prurigo, Urtikaria und andere Fälle bei Brustkindern, Kindern mit künstlicher Ernährung und mit Ziegenmilchernährung behandelt. — Die Resultate sind größtenteils befriedigend. Beobachtung der Eosinophilie ergab sehr verschiedene Werte, zwischen 6—35%. Erhebliches, aber nur flüchtiges Sinken nach Injektion von Milch. Hoher Prozentsatz Eosinophile auch nach vollständiger und dauerhafter Heilung. M. Cohn-Dresden.

Praktische Ergebnisse bei perkutaner Reizkörpertherapie in Form von Dermaprotin, von B. Sachs-Freiburg i. Br. (D. m. W., 1926, Nr. 46, S. 1947.) Dermaprotin besteht aus Kasein, Bakterieneiweiß und ätherischen Ölen und dient zur Anregung immunisatorischer Vorgänge im Organismus. Vermöge seiner Bakterieneiweißkomponente ist es auch in den Fällen indiziert, wo es sich darum handelt, spezifisch gerichtete Leistungssteigerungen hervorzurufen. Verf. berichtet über günstige Erfolge bei Furunkulose, Schweißdrüsenentzündungen im Stadium der Infiltration, Gelenkrheumatismus, chronisch-eitriger Osteomyelitis, akuter und chronischer Grippe, sodann auch bei Chlorosen und sekundären Anämien.
F. Harry-Wiesbaden.

L'immunisation locale et ses applications pratiques (Die Lokalimmunisation und ihre praktische Anwendbarkeit), von A. Besredka. (Presse méd., 1926, Nr. 86, S. 1350.) Verf. berichtet über erfolgreiche Präventivimpfungen durch Verabreichung von Vakzinen per os, welche in Lodz gegen Typhus und gegen Dysenterie, in

Digitized by Google

Kalkutta und anderswo ausgeführt worden sind. Die Antivakzination gegen Anthrax hat sich in Syrien und in Marokko beim Heere in der Anwendung auf Pferde und Maultiere glänzend bewährt. In der Humantherapie haben feuchte Verbände mit einem Antistaphylokokkenfiltrat eklatanten Erfolg gehabt bei Furunkulose, Karbunkeln, Panaritium, Phlegmone, Sykosis, Pyodermie der Säuglinge, Impetigo- und Verbrennungen der Haut. Außerdem hat sich die lokale Anwendung solcher Vakzinen durchaus bewährt bei puerperalen Infektionen, Endometritis, Zystitis und Pyelonephritis, bei Blepharitis, Ulcus corneae, bei Mittelohrkatarrh, Ozäna und bei Mastitis purulenta. Besonders gerühmt wird auch die prompte Schmerzstillung bei der Behandlung von Furunkeln und Karbunkeln. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die kutane Desensibilisierungstherapie, von K. Hajós, III. Med. Univ.-Kl. Budapest. (Ther. d. Gegenw., 1926, H. 11, S. 525.) Auf Grund der Tatsache, daß bei allgemeiner Sensibilität meist auch eine Überempfindlichkeit der Haut besteht, hat Verf. in Fällen von Asthma bronchiale zur spezifischen Desensibilisierung versuchsweise den kutanen Weg eingeschlagen. Durch Einreiben der betreffenden Substanz in die oberflächlich gereizte Haut gelang es ihm, eine immunisierende Wirkung zu erzielen, die in zwei Fällen nicht nur zur lokalen, sondern auch zu einer allgemeinen Desensibilisierung des Organismus führte. B. Peiser-Berlin.

Die Technik der örtlichen Vakuumimpfung. „Die Hämorrhagie als Heilmittel", von F. Kuhn, St. Norbert-Krkh. Berlin-Schöneberg. (M. Kl., 1926, Nr. 51, S. 1957—1958.) Durch auf besondere Art ausgeübte Saugung wird in dem Krankheitsherd eine Hämorrhagie erzeugt, die als mächtiger Antikörper oder Schutzkörper gegen entzündliche Vorgänge wirkt. Die Methode bewährte sich besonders bei Furunkeln (mit nachfolgender intensiver Wärmebehandlung). E. Levin-Berlin.

Zur Behandlung einiger Hautkrankheiten mittels intravenöser Injektionen von Kochsalzlösung, von A. Jacubsohn. (Dnjepropetrowskij Medicinskij Journal, 1926, Nr. 9/10.) Die intravenösen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung geben in einem großen Prozentsatz der Fälle einen therapeutischen Effekt. Als selbständige Behandlungsmethode kommen sie freilich nur beim akuten Ekzem in Betracht, im übrigen aber als unterstützendes Mittel bei lokaler Behandlung. Besonders angezeigt bei Hautkrankheiten, die mit Jucken und akut entzündlichen Erscheinungen einhergehen. A. Jordan-Moskau.

Über die Vermeidung von Venenwandschädigungen und Thrombosen bei intravenöser Injektion verschiedener Mittel, von E. v. Thurzó, Ungar. Univ.-Kl. Debreczen. (D. m. W., 1926, Nr. 48, S. 2028.) Man vermeidet die genannten Schädigungen, wenn man das zu injizierende Mittel stark mit Blut in der Spritze verdünnt. Zur Behandlung paravenöser und endovenöser Infiltrate — letztere entstehen durch Verletzung der inneren Venenwand — wird die Injektion von 4—5 ccm Eusemin empfohlen, außerdem Dunstverbände und Analgetica per os. F. Harry-Wiesbaden.

Gangrene of the Arm and Death Following Hypodermic Injection (Gangrän eines Armes und Tod nach subkutaner Injektion), von M. M. Shaine-New York. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 12, S. 941.) Verf. beschreibt den Fall einer 32jähr. Frau, die wegen Anämie zwei Serien Arseninjektionen erhielt. Nachdem 12 gut vertragen waren, entstand 36 Stunden nach der 13. Schmerzhaftigkeit, Schwellung und Rötung des injizierten Oberarmes. Hohes Fieber, Schüttelfrost, zunehmende lokale Symptome. Große Inzisionen, bei denen sich Nekrose ganzer Teile des M. deltoides fand. Trotz sogleich vorgenommener hoher Amputation Tod nach zwei Stunden. Verf. knüpft an diesen Fall die Mahnung, die subkutane Injektion als streng aseptisch auszuführenden operativen Eingriff anzusehen und Arzneimittel möglichst oral zu geben, wenn die Injektion nicht bessere Erfolge verspricht. H. Colman-Berlin.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Neuere Gesichtspunkte in der Pathologie und Therapie der Gewerbedermatosen (Ungarisch), von E. Lehner-Budapest. (Gyógyászat, 1925, Nr. 32.) Für den Fachmann nichts Neues. M. Porosz-Budapest.

Dermatitis from Handling Flower Bulbs (Gewerbedermatitis durch Blumenzwiebeln), von S. G. Overton-London. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5385, S. 1003.) Bei einer Anzahl von Arbeitern, die beim Blumenzwiebelexport beschäftigt werden, fand

Digitized by Google

man eine an den Fingerkuppen peri- und subungual lokalisierte Dermatitis mit Einrissen und Hautabschürfungen, wobei der Grad der Affektion von der Länge der Nägel abhängig war. Betroffen wurden hauptsächlich die Arbeiter, die mit Tulpenzwiebeln beschäftigt waren, während die anderen Arten diese Affektion nicht so stark hervorriefen, wohl deshalb, weil diese Arten mit wenigeren und dünneren Hüllen umgeben sind und daher den beschuldigten scharfen Zwiebelsaft leichter durchlassen.
D. Löwenstein-Bad Nauheim.

Vergiftungserscheinungen nach Anwendung von Mitigal bei einem Säugling, von G. Funk, Univ.-Kinderkl. Würzburg. (M. Kl., 1926, Nr. 46, S. 1763.) 10 Monate altes Kind mit ausgedehnter Impetigoinfektion auf dem Boden eines Ekzems erhält im Stadium der Abheilung eine zweimalige Mitigaleinreibung der unteren Körperhälfte. Unmittelbar nach der zweiten Kollaps, Erblassen, Apathie, kleiner unregelmäßiger Puls, häufige Extrasystolen, Zuckungen. Nach Exzitantien Besserung, kein dauernder Schaden.
E. Levin-Berlin.

Über die Pathogenese der akuten Arsenschädigung der Haut, von E. F. Müller. (M. m. W., 1926, Nr. 44, S. 1825.) Unmittelbar nach Salvarsan- oder Neosalvarsaninjektion wird Arsen in allen Geweben des Körpers abgelagert, die vom Blutstrom erreicht werden. Diese Verhältnisse gelten beim Menschen und Tierversuch, letzterer orientiert über das weitere Schicksal des Arsens. Wenige Minuten später steigt der Arsengehalt der Leber auf Grund einer bestimmten Tonuseinstellung im vegetativen Nervensystem: parasympathische Gefäßdilatation im Splanchnikusgebiet und sympathische Konstriktion in der Peripherie. Diese Tonuseinstellung bleibt während der Dauer der Arsenzirkulation im Organismus bestehen und gewährleistet eine allmähliche Ausscheidung des Arsens aus den Organen über die Leber per vias naturales bei gleichbleibendem As-Spiegel im Blut. Bei manchen Individuen kommt es schon auf normale As-Dosen zu einer Überreizung im vegetativen NS. und zu einer Störung der notwendigen Tonuseinstellung. Der As-Spiegel im Blut sinkt auf Null, und die Ausscheidung aus dem Hautorgan sistiert. Es kommt zu Hauterscheinungen vom Typus der akuten Gefäßstörung, Juckreiz, Erythemen, Urtikaria, Lidschwellung. Steigt der As-Gehalt auf Grund des gestörten Hautstoffwechsels auf zellgiftige Konzentration, kommt es zu direkter Schädigung der Hautelemente, im Sinne der Dermatitis exfoliativa. Auf Natriumthiosulfat kommt es sehr bald zu Wiederherstellung der gestörten Tonuseinstellung und des normalen Ausscheidungsmechanismus, besonders wenn es im frühen Stadium gegeben wird, doch sind klinische Fälle bekannt, die auch in sehr frühen Stadien auf Natriumthiosulfat nicht ansprechen.
J. Samek-Prag.

Iodide Eruption. An Unusual Case (Jodausschlag. Ein ungewöhnlicher Fall), von H. C. Semon-London. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5381, S. 803.) Eine 77jähr. Frau, welche wegen Schilddrüsenschwellung, Fistelbildung am Halse und Halslymphdrüsenentzündung in poliklinischer Behandlung war, nahm auf ärztliche Verordnung 0,6 g Kali. jodat. in 2 Portionen. 3 Tage darauf starke Schwellung der Augenlider. Während dieses Ödem verging, entwickelten sich auf den Wangen rundliche fungöse Läsionen bis zur Größe der Augenhöhlen (Abbildung) mit Absonderung einer klebrig krümeligen Flüssigkeit. Im weiteren Velauf entstanden an der Stirn und Kopfschwarte und am rechten oberen Augenlid ähnliche Gebilde und an den Extremitäten mehrere mehr pustulöse Läsionen. Im Urin fanden sich Spuren von Jod. Es wurde Natriumchlorid (0,6—1,2) dreimal täglich in Gelatinekapseln nach den Mahlzeiten gegeben. Langsame Genesung.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Halogen Eruptions (Halogene Ausschläge), von A. J. Hall-Sheffield. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5384, S. 952.) Im Anschluß an den Semonschen Fall berichtet Verf. über eine ähnliche Beobachtung bei einer an subakuter Nephritis leidenden jungen Frau. Nach Einnahme von 0,72 g Kal. jodat., in refracta dosi auf 2 Tage verteilt, entstand am 3. Tage ein intensives Erythem mit Papelbildung am Gesicht und im weiteren Verlauf zahlreiche papillomatöse, knollige krustenbedeckte Läsionen, welche sehr schmerzten und vielfach bluteten. An der Zunge entstand seitwärts ein glatter, halbmandelgroßer, derber Auswuchs — wie eine aus der Zunge herauswachsende zweite kleine Zunge. Perikarditis. Exitus letalis.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Versuche zur Therapie der Quecksilbervergiftung, von E. Hesse, Pharm. Univ.-Inst. Breslau. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1926, Bd. 117, H. 5/6, S. 266.) Nachdem Verf. bereits früher auf die entgiftende Wirkung des Natriumhyposulfit bei der akuten oralen Sublimatvergiftung hingewiesen und gleichzeitig dessen Wirkungslosig-

Digitized by Google

keit bei der parenteralen Sublimatvergiftung erkannt hatte, konnte er in der vorliegenden Arbeit das Strontiumsalz der Thioessigsäure als geeignetes Antidot der parenteralen $HgCl_2$-Vergiftung erweisen. Das von der Fa. C. A. F. Kahlbaum vorrätig gehaltene Salz wird vom Menschen reaktionslos ertragen, in einer Tagesdosis von 1,2 g per os in Gelatinekapseln, i. v. bis zu 20 ccm einer 1%igen Lösung pro die. Der Chemismus der Entgiftung des Sublimats durch die Salze der Thioessigsäure ist nach den in großen Versuchsreihen am Kaninchen und Hund angestellten Untersuchungen des Verf. so zu erklären, daß durch eine direkte Umsetzung der Thioessigsäure mit dem Sublimat letzteres zu dem mindestens 20fach weniger giftigen Quecksilbersulfid reduziert wird. Dafür spricht die bei allen Versuchstieren im Gegensatz zu den Kontrolltieren aufgetretene Schwarzfärbung der Sublimatinjektionsstelle. Sie ist durch eine H_2S-Abspaltung aus der Thioessigsäure nicht zu erklären, da der größte Teil des eingeführten Schwefels quantitativ im Harn als Sulfatschwefel nachweisbar war. — Über die Brauchbarkeit des neuen Antidots gegen Sublimatvergiftung muß die Klinik entscheiden, bei der akuten resp. subakuten, parenteralen $HgCl_2$-Vergiftung scheint sie aussichtsreich. Über ihre Brauchbarkeit bei der chronischen Intoxikation läßt sich vorläufig nur aussagen, daß die Verabreichung von thioessigsauren Salzen in Dosis von 1,0 pro die für etwa 3 Wochen zulässig ist. Die Resultate der Entgiftungsversuche mit dem gleichen Mittel bei der parenteralen Wismutvergiftung glaubt Verf. dahin präzisieren zu können, daß auch seine Untersuchungen die prinzipielle Verschiedenheit der Bi- und Hg-Vergiftung ergaben, daß eine Entgiftung absolut tödlicher Dosen durch Reduktion über das Wismutsulfid wegen dessen Löslichkeit wenig aussichtsreich ist, bei mittelschweren Vergiftungsfällen aber auch hier die Behandlung mit Thioessigsäure nützlich sein könnte.

F. Jacobsohn-Berlin.

Nagelentzündung der Zuckerbäcker, von A. Schmidt-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1926, Nr. 43.) 5 Fälle. Das Nagelbett ist geschwollen, gerötet, aber nicht schmerzhaft, es juckt, und in einigen Tagen ist am Rande des Nagelbettes ein kleiner Tropfen Eiter, später Serum herausdrückbar. Der Nagel verliert den Glanz, wird dunkelfarbig, fast schwarz und wird abgestoßen. Ein neuer Nagel wächst nach mit unebener glanzloser Oberfläche. Die Nägel sind seit Jahren in beständigem Zustande des Abstoßens und des Nachwuchses. Manchmal eine Zeitlang Ruhestand. Im Anfangsstadium tritt nach Aussetzen der Arbeit unter Heißluftbäder- und Salbenbehandlung bald Heilung ein, bei längerer Dauer erst allmählich. M. Porosz-Budapest.

Dermatitis from Adhesive Plaster. With Report of Cases (Heftpflasterdermatitis), von D. W. Montgomery und G. D. Culver-San Franzisko, Kal. (Med. J. and Record, 1926, Bd. 124, Nr. 10, S. 606.) Nichts Neues. E. Levin-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Das Sonnenstrahlennetz im deutschen Nordseegebiet, von P. A. Galbas-Wilhelmshaven-Rüstringen. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 4, S. 711.) Mitteilung über Gründung einer Anzahl von Beobachtungsstationen an der Nordseeküste mit dem Zweck, die Sonnenstrahlung, besonders in den therapeutisch wichtigen Spektralteilen, zu messen. W. Curth-Berlin.

Die durch Sonnenlicht verursachten Hautveränderungen, von D. Steiger-Kazal-Budapest. (Gyógyószat, 1926, Nr. 5.) Eine lehrreiche Zusammenfassung über die heutige Auffassung der Hautpigmentierung. M. Porosz-Budapest.

Wirkungsweise der U.-V.-Strahlen auf die roten Blutkörperchen, von H. Koeppe, Univ.-Kinderkl. Gießen. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 4, S. 671.) U.V.-Strahlen wandeln das Hämoglobin des Blutes in Methämoglobin. Der Grad der Verfärbung ist abhängig von der Dauer der Bestrahlung und der Entfernung der Strahlenquelle. Eine auf Oxydation beruhende Zersetzung der Fettbestandteile der Blutkörperchenhüllen führt zu Hämolyse. Die dabei entstehende Säure bewirkt Koagulation der Eiweißbestandteile. Die Hämolyse setzt sich auch noch nach Unterbrechung der U.V.-Bestrahlung fort. Im strömenden Blut läßt sich die Schädigung der Erythrozyten ebenfalls nachweisen. Die Resistenz des Blutes ist gleich nach der Bestrahlung verringert, wird aber im Verlauf der Bestrahlungskur wieder größer. Wahscheinlich handelt es sich bei der U.V.-Strahlenwirkung auch noch um katalytische Vorgänge. Die U.V.-Wirkung auf verschiedene Ölsorten ist eine analoge, nämlich: ein Oxydationsvorgang, Bildung von Säuren und ein katalytischer Vorgang.

E. Kottmaier-Mainz.

Digitized by Google

Angriffspunkt und Wirkungsweise der ultravioletten Strahlen in der Nahrung und im Körper des Kindes, von H. Koeppe, Univ.-Kinderkl. Gießen. (Arch. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 79, H. 3, S. 198.) „Rote Blutkörperchen verschiedener Personen zeigen sich verschieden resistent gegen ultraviolette Strahlen. Während einer Bestrahlung werden die roten Blutkörperchen im strömenden Blut ebenfalls nachweisbar geschädigt. Jedoch wächst im Laufe einer Bestrahlkur die Widerstandskraft gegen die schädigende Wirkung der Strahlen. Diese Steigerung der Resistenz nimmt bei Kindern nach Schluß der Kur noch einige Tage zu, dann wieder ab. Diese Resistenzsteigerung erfolgt durch beschleunigten Abgang wenig resistenter und Zugang starker resistenter Blutscheiben." Die Zellschädigung versuchte Verf. durch Prüfung des Schmelzpunktes (Wärmehämolyse) und Koagulationstemperatur der roten Blutkörperchen nachzuweisen. R. Ley-Kreuznach.

Läßt sich der Körper für ultraviolette Strahlen sensibilisieren, von K. Lakschewitz, Kinderkl. Tübingen. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 2, S. 159.) Die von einer Reihe von Verfassern behauptete Sensibilisierungsmöglichkeit des kindlichen Organismus für ultraviolette Strahlen durch bestimmte Farbstoffe (z. B. Eosin) wurde an größerem rachitischem Material nachgeprüft. Es zeigte sich, daß von einer überzeugenden günstigen Beeinflussung des rachitischen Krankheitsprozesses durch Eosinverabreichung nicht die Rede sein kann, daß also eine Sensibilisierung für ultraviolette Strahlen nicht möglich ist. Doch kommt Verf. nach Durchsicht der zahlreichen Veröffentlichungen zu dem Resultat, daß bei den an sich biologisch unwirksamen langwelligen Strahlen (rot, gelb und grün) eine Sensibilisierung und damit eine biologische Wirksamkeit durch Eosinverabreichung erreicht werden kann.
B. Ley-Kreuznach.

Über Veränderungen des Cholesterins bei Ultraviolettbestrahlung, von H. Beumer, Univ.-Kinderkl. Königsberg i. Pr. (Kl. W., 1926, Nr. 42, S. 1962.) In Stickstoffatmosphäre ultraviolett bestrahltes Cholesterin verändert seine Farbe, bleibt aber vollauf digitoninfällbar. In Sauerstoffatmosphäre bestrahltes Cholesterin wird zum Teil in ein Oxydationsprodukt mit den farb- und spektroskopischen Reaktionen des „Oxycholesterins" umgewandelt. Die Digitoninfällbarkeit bleibt den Oxydationsstufen des Cholesterins nicht so lange erhalten wie die Farbreaktionen. Der Nachweis des Oxycholesterins im Blut ist außerordentlich schwierig; seine Bedeutung im Organismus bedarf noch einer eingehenden weiteren Prüfung.
E. Langer-Berlin.

Die antirachitische Zone des Ultraviolett, von K. Huldschinsky. (Kl. W., 1926, Nr. 42, S. 1972.) Verf. macht den Vorschlag, den Spektralbezirk mit der stärksten physiologischen Wirksamkeit, den Bezirk der Wellen von 320—289 μμ, als „Ultraviolett B" zu bezeichnen. Analog den Vitaminen könnte man dann die längeren Wellen als „Ultraviolett A" und die kürzeren mit „Ultraviolett C" bezeichnen.
E. Langer-Berlin.

Haut und antirachitischer Faktor, von C. Falkenheim, Univ.-Kinderkl. Königsberg. (Kl. W., 1926, Nr. 44, S. 2071.) Im Rattenversuch konnte Verf. feststellen, daß in vivo direkt bestrahlte Haut antirachitisch wirksam wird; das gleiche gilt auch von isolierter Hautbestrahlung, wobei auch die nichtbestrahlten Partien antirachitisch wirksam werden, nur ist ihre antirachitische Wirksamkeit geringer als diejenige der Hautpartien, die direkt von dem Quarzlicht getroffen sind.
E. Langer-Berlin.

Bestrahltes Cholesterin in der Therapie der Rachitis, von A. Hottinger, Univ.-Kinderkl. Basel. (Kl. W., 1926, Nr. 44, S. 2061.) Mit ultraviolettem Licht bestrahltes Cholesterin zeigt sich sowohl bei der menschlichen als auch bei der experimentellen Rattenrachitis als außerordentlich wirksam. Bestrahlte Milch wirkt bei Kinderrachitis ebenfalls heilend, vielleicht durch das darin enthaltene aktivierte Cholesterin. Die bestrahlte Milch übertrifft an Wirksamkeit den Lebertran und entspricht fast der Wirkung der direkten Bestrahlung der Kinder. Cholesterin, das länger als 4 Stunden bei 60 cm Entfernung bestrahlt wurde, ist unwirksam, ebenso verlieren alle Cholesterinpräparate mit einem durch die Bestrahlung unter 143° gesunkenen Schmelzpunkt an Aktivität. E. Langer-Berlin.

Quarzlampenbestrahlung von Kühen und antirachitische Wirksamkeit ihrer Milch, a) klinische Untersuchungen, von C. Falkenheim, Univ.-Kinderkl. Königsberg. (Kl. W., 1926, Nr. 44, S. 2071.) Zur Entscheidung, ob Futter oder Sonnenlicht auf

Digitized by Google

den wachstumsfördernden und antirachitischen Wert der Kuhmilch einen Einfluß ausüben, wurde Milch von einer mit Quarzlicht bestrahlten und vitaminfrei ernährten Kuh im klinischen Heilversuch an rachitischen Kindern verglichen mit Milch einer Kuh mit Vollfutter. Es ließ sich in dieser Anordnung nicht mit Sicherheit nachweisen, daß die Bestrahlung der Kuh der Milch antirachitische Eigenschaft verleiht. Die Milch der unbestrahlten, mit Vollfutter ernährten Kuh war sicher nicht antirachitisch wirksam. E. Langer-Berlin.

b) Experimentelle Untersuchungen, von W. Völtz, W. Kirsch und C. Falkenheim. (Kl. W., 1926, Nr. 44, S. 2072.) Im Tierversuch an Ratten zeigte die Versuchsanordnung im Gegensatz zu der klinischen Beobachtung, daß die Milch durch die Bestrahlung der Kuh stark antirachitisch wirksam wird, während die Milch der unbestrahlten Kuh mit Vollfutterernährung im Prophylaxeversuch vollständig unwirksam war. E. Langer-Berlin.

Über Reaktionsänderungen im röntgenbestrahlten Gewebe, von A. Liechti-Bern. (Kl. W., 1926, Nr. 41, S. 1911.) Unter dem Einfluß einer Röntgenbestrahlung findet eine Verschiebung der Säurewerte im Blut statt, die entweder auf einer Behinderung des Abflusses beruhen kann oder auf einem erhöhten Säureeinstrom aus dem bestrahlten Gewebe. Um die letztere Frage zu prüfen, hat der Verf. die H-Ionenkonzentration des subkutanen Gewebssaftes unter der Einwirkung der Röntgenstrahlung bestimmt. Er konnte dabei feststellen, daß eine Verschiebung nach der sauren Reaktionsseite schon 2—3 Stunden auf die Bestrahlung folgt, und daß die normale H-Ionenkonzentration erst wieder nach mehreren Tagen erreicht wird. Die Ergebnisse der Untersuchungen des Verf. sprechen unbedingt für einen sauren Einstrom aus dem Gewebssafte in das Blut. Hierbei kann es sich entweder um ein stärkeres Freiwerden von H-Ionen resp. sauren Körpern in der bestrahlten Zelle selbst handeln, die das Konzentrationsniveau erhöhen, oder um eine Änderung der Permeabilität der Zellmembranen des bestrahlten Gebietes unter dem Einfluß der Bestrahlung. E. Langer-Berlin.

Urobilinogenausscheidung im Harn nach Röntgenbestrahlung und Durchleuchtung, von H. Bromeis, Med. Univ.-Kl. Königsberg i. Pr. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 4, S. 687.) Röntgenbestrahlungen verursachen durch toxische Zerfallsprodukte eine Leberschädigung. Ihr Symptom ist Urobilinogenausscheidung im Harn. Diese findet sich nach Bestrahlungen in 74%, bei Durchleuchtungen in 69% der Fälle. Schon kürzeste Bestrahlungen können sie hervorrufen. Bei Durchleuchtungen des Abdomens war es von geringer Bedeutung, welches der Organe vornehmlich von den Röntgenstrahlen getroffen wurde. E. Kottmaier-Mainz.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

In Krasnodar (Kaukasus) wurde unter dem Vorsitz von Prof. W. A. Pospelow die Kubansche Dermato-Venereologische Gesellschaft gegründet.

Prof. Antonio Peyri in Barcelona wurde zum korrespondierenden Mitglied der Société Française de Dermatologie gewählt.

Gestorben: Dr. Frank H. Barendt, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung am Royal Southern Hospital in Liverpool;

Dr. Mario Nancioni in Florenz;

Dr. Irvy Lee Mc Glasson in San Antonio, Tex.;

Laurent Lafay, Chemiker am Hôpital Saint-Louis in Paris, Verfasser mehrerer Arbeiten über Antisyphilitika. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 8 (Bd. 84) 19. Februar 1927

PROPERTY OF DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES ... REMOVED.

Aus der Klinik des Moskauer Tropeninstituts (Direktor: Prof. E. I. Marzinowski)

Beiträge zur Epidemiologie und Kasuistik der Orientbeule

Von

Dr. M. A. Agronick in Moskau

Mit 3 Abbildungen im Text

Unter den im Turkestaner und Transkaspischen Gebieten herrschenden tropischen Krankheiten nimmt die Hautleishmaniosis seit langem eine der ersten Stellen ein. Endemische Krankheitsherde sind hier sehr häufig, werden in kleinen Dörfern und in größeren Städten angetroffen und sind an „manchen Orten für die Einwohnerschaft eine wahre Plage" [Jakimoff (1), Marzinowski (2)]. Genaue Zahlen über die Erkrankung der Einwohner an der Orientbeule in diesen Gegenden in älteren Zeiten ist es uns leider nicht gelungen in der russischen einschlägigen Literatur zu finden. Über die Verbreitung dieser Krankheit in früheren Tagen kann man zum Teil auf Grund von Daten urteilen, die Finkelstein (3) in bezug auf die Lokalisation der Beule an verschiedenen Körperteilen anführt. Aus diesen Angaben ersieht man unter anderem, daß die Anzahl der Kranken, die nur von fünf russischen Ärzten (Heidenreich, Raptschewski, Kolpakoff, Neuimin und Morochewetz) beobachtet wurden, nicht weniger als 2355 betrug und 30449 Beulen aufwies. Dafür sind in der russischen Literatur einige Fälle von Hautleishmaniosisepidemien registriert, wenn die Krankheit große Gruppen der Einwohnerschaft, ganze Armeeabteilungen [Manotzkoff (4), Kolpakoff (5)] ergriff, die eben erst angekommen waren. In einem Fall erkrankten in einer 2180 Mann zählenden Abteilung zuerst 80 % des Bestandes, in der Folge alle [Finkelstein (6)]. Prof. Dr. A. A. Zeitlin-Moskau (7) erzählte uns unlängst von den großen Schwierigkeiten und Plackereien, welche die Orientbeule („Pendische" Beule) am Anfang des Weltkriegs der dritten turkestanischen schweren Artilleriedivision, bei der er als Arzt diente, verursacht hat. Die 700 Mann zählende Division war in Zentralrußland komplettiert worden, und es waren noch keine 3 Monate (Juli bis September 1914) ihres Aufenthalts in Termes (Turkestan) vergangen, als ungefähr 70 % des ganzen Bestandes, sowohl der Offiziere als der Soldaten, schon mit der Beule behaftet waren. Einige Fälle waren durch Phlegmone kompliziert, und einige durch Erysipelas. Ein mit Phlegmone komplizierter Fall endete letal durch Sepsis. Ein anderer Fall mit multiplen Beulen endete infolge von allgemeiner Erschöpfung und Kachexie auch mit dem Tode. Nach der Lokalisation ist ein Fall von Bouton d'Orient an der Glans penis bei einem Offizier interessant. Die Division benutzte das Wasser der

Digitized by Google

Irrigationskanäle („Aryks"), und die Leute tranken es oft ungekocht. Auch badeten sie sich in diesen Kanälen. In den Abteilungen dagegen, die an der Grenze standen, keine Eingeborenen hatten und unter besseren sanitären Bedingungen lebten, wurden Fälle der Orientbeule fast gar nicht beobachtet.

Wir (8) erwähnten schon einen epidemischen Ausbruch der Orientbeule under dem Militär der Roten Armee im Sommer 1921 im Gebiet des Serax (an der persischen Grenze). Im Laufe eines Monats mußten damals 150 Mann evakuiert werden, bei denen die Krankheit die Form multipler Beulen angenommen hatte. Das seraxsche Gebiet (im pendinschen Kreise) ist, wie uns Dr. CHARLAMPOWITSCH (9), Chef der sanitären Abteilung der Division aus Poltorazk (Ashabad) schreibt, gegenwärtig die von der „Pendinka" (eine der russischen Benennungen der Orientbeule) am schwersten getroffene Gegend. Nach den Mitteilungen des Oberarztes des Regiments, Dr. KRASNOWSKI (10), erkrankten in einer 250 Mann zählenden Kompagnie, die im Jahre 1922 in Serax stand, 60% an der „Pendinka". Interessant ist die Tatsache, daß nach den Angaben des oben erwähnten Dr. CHARLAMPOWITSCH „von 17 Mann der kaukasischen Eskadrons, welche während des Juli 1921 ins seraxsche Gebiet kommandiert waren, 15 Mann bei ihrer Rückkehr mit der ‚Pendinka' behaftet waren. Von 2 Mann, die nicht erkrankten, hatte der eine diese Krankheit schon früher durchgemacht". Dank der ungemeinen Liebenswürdigkeit dieses Kollegen, besitzen wir die Möglichkeit, einiges über den Gang der Erkrankung in den zwei letzten Jahren im bürgerlichen Teil der Einwohnerschaft mitzuteilen. Den Angaben der Kreisabteilung der Sanitätspflege nach wurden in 4 Kreisen der Turkmenischen Republik (in den Kreisen: Merw, Krasnowodsk, Pendinsk und Poltorazk) im Jahre 1923 965 Fälle von Erkrankung an der Orientbeule registriert und während 9 Monaten (Januar bis September 1924) 916 Fälle. In Wirklichkeit muß die Zahl der Erkrankungen weit höher angenommen werden, da faktisch nur eine geringe Anzahl der an der Pendinka Erkrankten registriert wird, hauptsächlich Ankömmlinge und Städter aus Orten, wo es Krankenhäuser und Ambulatorien gibt und aus den den Städten nächstgelegenen Dörfern („Aulen"). „Aus den abgelegenen Aulen und Lagerplätzen der Nomaden kommen nur einige wenige des Handels wegen in die Stadt geratene zufällige Kranke zur Registrierung." Die Eingeborenen geben auf die Erkrankung an Hautleishmaniosis fast gar nicht acht und suchen ärztliche Hilfe nur dann, wenn das Gesicht in der Nähe der Augen oder die Gliedmaßen erkranken und die Krankheit der Arbeit hinderlich ist. In den übrigen Fällen suchen die Eingeborenen keine Hilfe, und wird die Orientbeule bei ihnen nur zufällig, wenn sie sich ins Ambulatorium wegen anderer Erkrankungen wenden, registriert.

Infolge der in den Sowjetrepubliken eingeführten engeren politischen und kommerziellen Verbindungen zwischen dem Zentrum und den Grenzgebieten, sowie der Erhöhung der Kultur der großen einheimischen Massen, werden Fälle (ektopische) der Orientbeule auch in Zentralrußland angetroffen. In Moskau allein kamen in 2 Jahren (1923 bis 1925) gegen 30 Fälle zur Beobachtung. Wir wollen die Beschreibung von 4, ein gewisses kasuistisches Interesse vorstellenden Fällen geben.

Digitized by Google

Fall 1. J. Sk-ff, 32 Jahre alt, verheiratet, Befehlshaber einer Division, in Mittelrußland geboren und wohnhaft. Kam in unsere Beobachtung am 9. Oktober 1924. Außer Malaria im Jahre 1918 hatte er seit seiner Kindheit keine Krankheit gehabt. Lues leugnet er ab. Wegen seines Dienstes lebte er vom August 1922 bis zum April 1923 in Kokand, darauf bis Mai 1924 in Poltorazk (Ashabad). In beiden Städten nahm er gute, in europäischem Stil ausgestattete Wohnung ein, wo es keine Hausinsekten (weder Flöhe noch Wanzen) gab. In den Hütten der Eingeborenen und in den Lagern hat er nicht gewohnt, Wasser aus den Irrigationskanälen (Aryks) nicht benutzt. In Ashabad stammte das Wasser in der Wasserleitung aus einem artesischen Brunnen. Im Garten war jedoch ein Aryk vorhanden, aus dem das Wasser zum Begießen des Gartens diente. Anfang April 1924 bemerkte der Kranke am Kinn ein „Hitzbläschen", auf welches er nicht acht gab. Zugleich war schon etwas früher eine Röte am rechten Ellenbogen aufgetreten. Das Hitzbläschen und die Röte nahmen nach und nach zu, beunruhigten aber den Kranken nicht, da sie weder Schmerzen noch Jucken verursachten. Fiebererscheinungen im Konnex mit dem Ausschlag wurden nicht beobachtet. Es wurde keinerlei Kur angewandt.

Status praesens. Hochgewachsen, breitschulterig, gute Konstitution und Ernährungszustand. Seitens der inneren Organe, des Nervensystems und der Sinneswerkzeuge keine Abweichungen von der Norm. Milz und Leber nicht palpabel. Die Hals- und Nackendrüsen sind erbsengroß, die submaxillaren bis bohnengroß. Die Ellenbogendrüsen haben die Größe von kleinen türkischen Bohnen. Die Axillar-, Inguinal- und Femoraldrüsen sind schwach ausgeprägt. Lymphangoites wurde nirgends gefunden. Im Urin nichts Pathologisches. WR —, SGR +. Hämoglobin 63%, Erythrozyten 4760000, Leukozyten 13600, Neutrophile 70%, Lymphozyten 12,5%, Monozyten und Übergangsformen 12,5%, Eosinophile 5%, Malariaplasmodien, L. tropica, wurden im peripheren Blut nicht gefunden. Die Haut der Dorsalfläche des rechten Ellenbogengelenks ist stark hyperämisch von rötlichvioletter (Stauungs-) Farbe. Der mehr zentral gelegene Teil ist infiltriert. Das sehr oberflächlich gelegene Infiltrat ohne scharfe Grenzen geht in die gesunde Haut über. An dem infiltrierten Teil gewahrt man stellenweise (an der Peripherie) leichte plattenförmige Abschuppung der Haut in dünnen blaßgelben Schüppchen, während der zentrale Teil in Form eines unregelmäßigen Ovals mit einer Reihe gelbbrauner, etwas größerer und kompakterer Schüppchen (Borken?) bedeckt ist, die in der Mitte befestigt, an den Rändern lose sind. Beim Palpieren wird kein Schmerz empfunden. Den Worten des Pat. nach ist die erkrankte Stelle zuweilen etwas schmerzhaft. (Eine solche klinische Form der Orientbeule ist unter den dortigen Ärzten als „trockene Pendinka" bekannt und wird von ihnen für hartnäckiger als die „nasse", geschwürartige Form angesehen.) In der Dicke der Haut des Kinns, etwas links von der Mittellinie, ein Fingerbreit vom Vorderrande der Mandibula entfernt, läßt sich ein festes, rundliches, gut abgegrenztes Infiltrat in Gestalt eines abgestumpften Kegels durchfühlen, Dieser Kegel, dessen größere Basis $1^1/_2$ cm, die Höhe $^1/_2$ cm hat, erhebt sich kaum über die Oberfläche der Haut und ist mit einer runden, von weniger als 1 cm im Durchmesser, gelben, trockenen, fest anhaftenden Borke bedeckt. Ein Druck auf diese ist wenig schmerzhaft. Nach den Worten des Kranken soll unter der Borke zuweilen ein klebriger, übelriechender Eiter herausgedrückt werden können.

Abb. 1. Orientbeule am Arm

Klinische Diagnose: Boutons d'Orient. Unter dem Mikroskop: im Material aus den Beulen Leishmania tropica.

Fall 2. Irina Sk-ff, 7 Jahre alt, Tochter des Vorhergehenden. Befindet sich unter Beobachtung seit 10. September 1924. Vom September 1922 bis Mai 1924 lebte sie beim Vater zuerst in Kokand, dann in Poltorazk. Mit 3 Jahren machte sie den Keuchhusten, vor 2 Jahren Parotitis durch. Malaria hatte sie nicht. Zuweilen trank sie ungekochtes Wasser, doch nur reines, aus der Wasserleitung. Sie traf mit Kindern zusammen, die mit multiplen Orientbeulen (Pendinka) behaftet waren. Im Dezember 1924 zeigte sich an der Nasenspitze ein rotes schmerzloses Knötchen („Hitzbläschen"). Die

Digitized by Google

Kranke kratzte es mehrere Male ab, und es bildete sich an Stelle des Knötchens eine erbsengroße Erhöhung von glänzender, roter Färbung. Man behandelte sie mit Salben: Bismut-, Quecksilber-Salizylsalbe. Die Behandlung war erfolglos, und die Läsion blieb bis zum Mai 1924 unverändert. Im Mai stieß sich das Kind stark mit der Nase an einen Türpfosten. Die kranke Stelle wurde wund und bedeckte sich mit einer Borke. Man weichte diese mit Vaseline auf und spülte sie mit Kali hypermangani ab. Das Geschwür nahm nicht ab, schied viel eitriges Sekret aus und bezog sich aufs neue mit einer Borke. In der Sommerfrische zerschlug sich das Kind wieder einige Male die Nase. Die wunde Stelle wurde immer größer und wuchs. Gegen Mitte März 1924 zeigte sich an der Unterlippe ein Riß, der bis jetzt nicht geschwunden und seitdem etwas breiter geworden ist. Gegen Ende Mai gewahrte man Ausschläge an der Haut der Brust, des linken Schenkels, der linken Schulter und in der Gegend des Kniegelenks. Diese letzte Stelle wurde in der Folge mehrmals verletzt.

Abb. 2
Orientbeule an Nase und Oberschenkel

Status praesens. Die Kranke ist gut gebaut, groß von Wuchs, vorzüglich genährt und für ihr Alter gut entwickelt. Seitens der inneren Organe und des Nervensystems sind keine Abweichungen von der Norm wahrnehmbar. Die Milz nicht palpabel. Das Allgemeinbefinden ist befriedigend. Die Nase der Kranken ist stark verdickt, ödematös. Die Haut der ganzen Vorderhälfte derselben ist, mit Ausnahme der Flügelränder an den Plicae nasolabiales selbst, wund und mit einer dicken braungelben Borke, die an mehreren Stellen gesprungen ist, aber fest sitzt, bedeckt. An der Nasenspitze sieht man eine massive Borke in Gestalt eines 2 mm dicken Knopfes von gelbgrüner Farbe. Nach der Abnahme eines Teiles der Borke gewahrt man eine wenig tiefe wunde Oberfläche mit kargem schmierigem, gelbgrünem, eitrigem Sekret, blaßrosa papillären Wucherungen am Boden und festen ungleichen walzenförmigen Rändern. Die Zone der Infiltration, des Ödems und der Stauungshyperämie verbreitet sich von der Nase auf einer gewissen Strecke über die anliegenden Teile beider Wangen, ohne scharfe Grenzen in die gesunde Haut übergehend. Verdickt und infiltriert ist auch der häutige Teil der Nasenscheidewand (Septum membranaceum) und der ihr anliegende Teil der Flügelschleimhaut hart am Rande. Erosionen oder Risse werden seitens der Schleimhäute nicht beobachtet. Die ganze Wundfläche ist schmerzlos, juckt aber zeitweise sehr stark. Auf der Schleimhaut der Unterlippe etwas rechts von der Mittellinie bemerkt man einen gelblichen Schorf, der dem darunterliegenden Gewebe fest anliegt, an der Lippenschleimhaut, von der Grenzlinie des Übergangs der Haut der Lippe in die Schleimhaut etwas abweichend, beginnt und 1 cm lang, bei $^1/_4$ cm Breite, gerade nach rückwärts geht. Unter diesem Schorf und ringsumher, in der Dicke der Lippe, ist ein ziemlich dichtes, gut abgegrenztes Infiltrat vorhanden, das weder Schmerz noch Jucken verursacht. An der Brust, in der Gegend des unteren Teils des Manubrium sterni, etwas rechts von der Mittellinie, sieht man ein Stückchen hyperämierter Haut mit leichter Abschuppung, in dessen Dicke sich ein $2 + 1^1/_2$ cm großes, flaches, eiförmiges Infiltrat betasten läßt, von dem nach

Digitized by Google

rechts in senkrechter Richtung sich $3^1/_2$—4 cm weit eine dünne, feste Schnur (Lymphangoitis) in der Haut hinzieht und mit einem festen Knoten knorpeliger Konsistenz von der Größe einer kleinen Erbse endet. Die Farbe der Haut über der Schnur und dem Knoten ist normal, und gewahrt man diese nur beim Palpieren. Auch seitens dieses Herdes fehlen subjektive Erscheinungen. Ein 4. Krankheitsherd befindet sich an der Hinterfläche des linken Schenkels, an der Grenze des oberen und mittleren Drittels, in Gestalt einer Stauungshyperämie, ein furunkelartiges Infiltrat in der Tiefe der Haut, mit leichter Abschuppung und einer kleinen trockenen schuppigen Borke an der Oberfläche. Keine subjektiven Erscheinungen. Der 5. Krankheitsherd ist am linken Bein in der Gegend der Tuberositas tibiae. Er ist von unregelmäßiger Form, $3 + 1^1/_2$ cm groß. Die Haut ist stark hyperämiert, von rotvioletter Farbe, infiltriert, grob, trocken. Die natürlichen Querfurchungen der Haut sind erweitert, vertieft; die Falten sind verdickt. Stellenweise Abschuppung, im Zentrum eine $1^1/_2 + ^1/_2$ cm große bräunlichrot-graue Borke vorhanden, die stellenweise geplatzt ist und festsitzt. Weder Jucken noch Schmerz. Ein 6. Herd befindet sich an der Hinterfläche der linken Schulter, ist dem klinischen Bilde des Herdes am Schenkel analog, tut sich subjektiv durch nichts kund. In den nach GIEMSA gefärbten Ausstrichen L. tropica (resp. auch in den Ausstrichen der Granulationen des Geschwürs an der Lippe). Im periphären Blut, im Blut aus der Vena mediana wurden Leishmanien nicht gefunden. Im Urin nichts Pathologisches. WR und SGR negativ. Hb 58%, Erythrozyten 4980000, Leukozyten 5000. Leukot. Formel: Große Lymphozyten 19%, kleine Lymphozyten 14%, Neutrophile 50%, Monozyten und Übergangsformen 7%, Eosinophile 10%.

Fall 3. Olga Gin-f, 53 Jahre alt, Witwe eines Arztes, Feldscherin und Hebamme, Tante des Offiziers J. Sk-ff (Fall 1). Sie lebte in Kokand und Ashabad mit den vorhergehenden Kranken in derselben Wohnung. In letzter Zeit diente sie als Feldscherin am Stadthospital. Sie behauptet, daß alle 6 Ärzte desselben die Orientbeule (an den Fingern, am Gesicht) durchgemacht hatten. An Kinderkrankheiten erinnert sie sich nicht. Im Jahre 1913 hatte sie eine krupöse Lungenentzündung, im Jahre 1919 den Flecktyphus überstanden; seit dem Jahre 1922 leidet sie an Tropenfieber. Im Dezember empfand sie plötzlich Jucken an der Dorsalseite des unteren Teils des linken Vorderarms und der Dorsalseite des rechten kleinen Fingers. Das Jucken währte mehrere Tage. Die Kranke bestrich die juckenden Stellen mit Liq. Ammonii caustici, wonach das Jucken verging. Nach einiger Zeit bemerkte Pat. an den Stellen, wo sie das Jucken empfunden hatte, einige rote Fleckchen. Etwa nach 3 Wochen stellte sich in denselben Infiltration ein. Seitdem nehmen die Infiltrate langsam zu. Keine Schmerzhaftigkeit, zuweilen leichtes Jucken, besonders nachts im Bette. Unterzog sich keiner Kur. Lymphangoide Schwellung der nächstliegenden Drüsen wurden nicht beobachtet. In Anbetracht der häufigen Malariaparoxysmen kann Pat. nicht angeben, ob Temperaturerscheinungen im Konnex mit dem Auftreten des Ausschlages vorhanden waren.

Status praesens. Mittlerer Wuchs, befriedigender Ernährungszustand, regelmäßiger Bau. Seitens des Herzens und der Lungen keine besonderen Abweichungen von der Norm. Milz und Leber nicht palpabel. Senkung der rechten Niere. Schwellung der Drüsen, lymphangoide Knoten werden nirgends wahrgenommen. An der Dorsalseite des unteren Drittels des linken Vorderarms (resp. in der Gegend des linken Os scaphoideum) sieht man 6 kreisförmige platte Papeln von der Größe einer Linse bis zu $^1/_2$ cm im Durchmesser, welche das Niveau der Haut um 1 mm überzogen, die größeren von weicher, teigiger Konsistenz, die kleineren von etwas festerer, alle von dunkelroter Farbe. Die Papeln sind herdartig auf der normalen Haut angeordnet. Auf einigen (größeren) sind dünne, blutige Borken vorhanden. Schmerzlos; beim Druck empfindlich.

Die Haut der Dorsalseite des rechten kleinen Fingers ist in der Gegend der Nagelphalange verdickt, infiltriert, dunkelrot. Die Infiltration der Haut erscheint hier in Gestalt eines sanft abschüssigen Kegels, der mit seiner breiten Basis den ganzen Rücken der Nagelphalange und zum Teil des Gebiets des interphalangialen Gelenks umgibt und sich über der umgebenden Haut etwas mehr als die Papeln am linken Vorderarm erhebt. Schmerzlos. Im Urin, der mehrfach untersucht wurde, war nichts Pathologisches vorhanden. WR und SGR negativ. Hb 61%, Erythrozyten 3500000, Leukozyten 3800, Neutrophile 45%, Lymphozyten, kleine 33%, Lymphozyten, große 6%, Monozyten und Übergangsformen 5%, Eosinophile 11%. In den Ausstrichen typische L. tropica. Aus dem Material der Geschwüre dieser Kranken gelang es, außerdem eine Kultur von L. tropica (Milieu) zu erhalten, und wurde L. tropica in großer Menge in den histologischen Schnitten (Abb. 3) gefunden. Im Blut aus der Medialvene, aus dem Finger gelang es weder Leishmanien noch Malariaplasmodien zu erhalten.

Digitized by Google

In dieser aus 4 Personen bestehenden Familie erkrankte nur die Mutter der kleinen Irina, Frau des Offiziers Iwan S., nicht, welche die Monate Oktober, November und zum Teil Dezember 1923 nicht mit den übrigen Familiengliedern, sondern außerhalb der endemischen Gegend in Zentralrußland verbrachte. Zieht man in Betracht, daß so hervorragende Kenner der Orientbeule wie Laveran (11) und Marzinowski (12) finden, daß die Inkubationsperiode dieser Krankheit im Durchschnitt auf 2 Monate angenommen werden muß, und daß die ersten Anzeichen der Beule bei den erkrankten Gliedern der Familie in den Dezember 1923 (F. 2 und 3) oder in den Januar 1924 (F. 1) fallen, so darf man mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, daß der Moment der Infizierung der Erkrankten in die Herbstmonate 1923 fiel, und daß die Mutter, die der Infizierung entgangen war, dies in der Tat ihrer Abwesenheit vom Hause (resp. von der endemischen Gegend) verdankte. Wie bekannt, ist die Meinung vorhanden, daß die Orientbeule in einem Konnex mit der Jahreszeit steht, und bestreben sich gewisse Autoren, auf Grund statistischer Data die von dieser Krankheit bevorzugte Jahreszeit festzustellen. Unseres Erachtens sind statistische Angaben (die gewöhnlich nur zeigen, wann die Krankheit registriert oder vom Pat. bemerkt wurde) wenig überzeugend, solange die Wege, auf denen die Leishmania in den Organismus des Menschen eindringt, nicht aufgeklärt sind und große Schwankungen in der Inkubationsdauer bestehen; denn die klinisch in einer Jahreszeit in Erscheinung getretene Krankheit konnte in der vorhergehenden oder noch früheren begonnen haben.

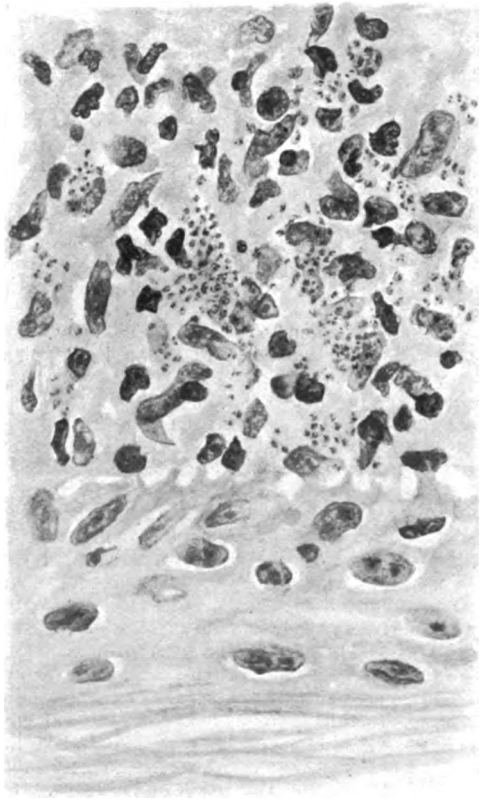


Abb. 3
Mikroskopisches Präparat von Leishmania tropica

Außer der oben beschriebenen Familie befinden sich gegenwärtig (Oktober bis November 1925) unter unserer Beobachtung im staatlichen Venerologischen Institut noch drei an der Orientbeule erkrankte Glieder einer Familie: ein 6jähr. Mädchen (3 Beulen an Stirn, Wange und Nasenspitze), ihr 3jähr. Bruder (Beule am Bein) und ihre 65jähr. Großmutter

Digitized by Google

(Beule am unteren Drittel des Vorderarms). Alle lebten in Ashabad. Zuerst erkrankte das Mädchen, nach 3 Monaten erschienen die ersten Symptome beim Knaben und dann, nach 1 Monat, bei der alten Frau. Wie in der oben beschriebenen, so auch in dieser Familie, wurden die Kinder nicht von der Mutter, sondern von anderen Frauen (Tante und Großmutter), die in der Folge erkrankten, erzogen und gepflegt. Im vorigen Jahre beobachteten wir auch in Moskau einen Fall von Erkrankung zweier Glieder einer Familie, der Mutter und eines Kindes. Im ganzen hatten wir die Gelegenheit, in den letzten 2 Jahren etwa 25 Fälle zu beobachten; somit hatte fast ein Drittel davon (8 Fälle) den Charakter einer Familienkrankheit. Unter 6 Fällen, die Dr. FELDMANN (13) in Odessa beobachtete, gab ein Patient, ein Arzt, an, daß 2 Monate nach dem Auftreten der Beule bei ihm (April 1917), seine Frau an der „Pendinka" erkrankte; in einem anderem Falle erkrankte auch eine Frau einige Zeit nach ihrem Manne.

Zwei von BREMENER und BRONSTEIN (14) beschriebene Kranke waren Brüder, wobei der jüngere erkrankte, nachdem er während 2 Wochen bei dem älteren zu Gaste gewesen war (in Merw). I. CHARLAMPOWITSCH (9) schreibt wörtlich folgendes über 3 Serien von Familienerkrankungen, die er beobachtete.

Fall 1. Das 5jähr. Töchterchen eines Militärbeamten. Im Juni 1924 zeigten sich an Gesicht und Brust kleine Beulen der trockenen Pendinka; nach 1 Monat erschienen ebensolche Beulen bei ihrer jüngeren Schwester. Sie wurden nicht behandelt.

Fall 2. Die Frau eines Divisionsingenieurs. Ende Juli zeigte sich eine kleine trockene Pendinka an der linken Hand, im August eine ebensolche bei ihrem Manne, welche unter dem Einfluß einer Behandlung (Bestreichung mit 2%iger Kali hypermanganilösung) gegen November verging.

Fall 3. Die Schwester meiner Frau A. Mitte August zeigte sich eine Beule an der Wange; nach 1 Monat trat eine ebensolche bei ihrem 4jähr. Söhnchen an Wange und Brust auf; unter dem Einfluß einer irritierenden Behandlung ging die trockene Beule in eine nasse über (Dezember).

Unter den von MARZINOWSKI (15) beschriebenen Fällen waren zwei kranke Geschwister. MARZINOWSKI zitiert auch den älteren russischen Autor SSATINSKI (Mil.-Med. J., Februar 1878, russisch), der einen Fall beobachtete, „wo von an Hautleishmaniosis kranken Eltern Geborene selbst daran erkrankten, dabei in einer Gegend, wo Orientbeulen niemals beobachtet wurden". (Aus diesem Grunde hielt SSATINSKI diese Krankheit für vererblich.) JAKIMOFF (16) teilt über 2 Serien von Hautleishmaniosis von familialem Charakter mit. In der einen waren die Mutter mit ihren 2 Kindern, in der anderen alle Familienglieder krank. TOMKINSON (17) erwähnt einen Fall von Erkrankung an der Orientbeule zuerst des Vaters und bald darauf 3 Kinder. LAVERAN (11) erzählt von einem Fall von Erkrankung einer Mutter mit ihrer Tochter, welchen er beobachtet hat, und von einem Falle LOGHMANS von einer Erkrankung 3 Glieder einer Familie. TRUFFI (18) teilt mit, daß COSTA in Calabrien Mutter und Tochter an Hautleishmaniosis erkrankt gesehen hat, und in einem seiner eigenen Fälle vermutet er, daß auch der Vater des Patienten infiziert war. Von 3 Kranken, die von VIGNE und PRINGAULT (19) beobachtet wurden, waren 2 Patienten, Mutter und Tochter. Die von BLANC und CAMINOPETROS (20) auf der Insel Kreta beobachteten Fälle, die in diesen Autoren mit Recht den Zweifel geweckt, daß es auf Kreta ein besonderes Reservoir von Hautleishmaniosis virus gebe, umfassen, wie bekannt, 4 Familien. In der einen war die Mutter mit 4 Kindern krank (die ganze Familie, außer dem Vater, der selten zu Hause war); in der zweiten 2 Geschwister, Cousins der vorhergehenden Kinder; in der dritten ebenfalls 2 Geschwister; in der letzten endlich auch eine Mutter und ihre Tochter. SINTON (21) redet von der Erkrankung ganzer Familien und sogar ganzer Häuser (in Indien?) als von einer gewöhnlichen Erscheinung. Dr. CHODUKIN (22) erzählte von Erkrankungen in 2 Kinderheimen in Merw. Wir zweifeln nicht, daß in den endemischen Regionen von Turkestan, wo unter den Eingeborenen fast durchwegs alle an der Orientbeule leiden, namentlich im Kindesalter, Fälle von Erkrankungen ganzer Familien sehr häufig vorkommen, aber nicht registriert werden, da, wie wir schon erwähnt, die Eingeborenen selbst bei der Orientbeule sehr selten Hilfe

Digitized by Google

suchen; um so weniger bringen sie aus ihren fernen Nomadenstandorten ihre Kinder zur Stadt wegen einer Krankheit, die fast keine Leiden verursacht, nicht ansteckend ist (dies ist nämlich die Meinung der Einwohnerschaft und auch der dortigen Ärzte), fast alle Einwohner befällt und von selbst vergeht.

Fälle von familiärer Hautleishmaniosis, besonders die Erkrankung eines Familiengliedes nach dem andern [Laveran (11), Castellani und Chalmers (23), Manson (24), Stitt (25)] sprechen für die Kontagiosität der Orientbeule und die Wahrscheinlichkeit ihrer Verbreitung in den endemischen Gegenden durch unmittelbare Übertragung von den Kranken auf Gesunde, entweder durch Berührung oder auch mechanisch durch die gewöhnlichen Hausinsekten. Deshalb haben wir (26) auf der Notwendigkeit bestanden, zwecks der sozialen Prophylaxe die Orientbeule zeitig, sobald die Krankheit erkannt ist, einer ärztlichen Behandlung zu unterwerfen. Dennoch können die Familienerkrankungen noch nicht als belangloser Beweis der großen Kontagiosität der Orientbeule dienen, da solche Fälle leicht durch gemeinsames Leben der Erkrankten unter gleichen natürlichen und hygienischen Bedingungen erklärt werden können. Beim Vorhandensein einer Infektionsquelle, sei es das Wasser der Gegend [eine alte Theorie, die auch von Wolff und Mulzer (27), Louis Brocq (28) zugegeben wird], ein besonderes dortiges stechendes Insekt [Ed. und Et. Sergent (29), Marzinowski (30), Jakimoff (1)], die lokale Flora [M. Agronick (8)] oder der Staub [Mangin (31)], können natürlich die Familienglieder unmittelbar aus dieser Quelle angesteckt werden, ohne durchaus einander zu infizieren. Daß die Erkrankung nicht gleichzeitig eintritt, läßt sich erklären entweder dadurch, daß die Infektion zu verschiedener Zeit statthat, oder durch die verschieden lange Inkubationszeit, die, wie bekannt, bei der Hautleishmaniosis großen Schwankungen unterworfen ist, von 2 Wochen [Dr. Uffertes (32) Fall] bis zu einem Jahre und darüber [die von uns (33) mitgeteilten Fälle] dauern kann, und hängt ohne Zweifel nicht bloß von der Virulenz und der in den Organismus eingedrungenen Virusmenge, sondern auch von den Eigentümlichkeiten der Konstitution des gegebenen Individuums, resp. von den allergischen Eigenschaften seiner Haut ab. Es ist interessant zu erwähnen, daß Chodukin (23) mitteilte, die Ärzte hätten in der letzten Zeit bemerkt, daß in Mern mit der Versumpfung der Gegend die Fälle von Erkrankungen an der Hautleishmaniosis zunahmen. Ist diese Erscheinung keine zufällige, so läßt sie sich auch leicht vom Standpunkt der Theorie des stechenden Insekts erklären, da möglicherweise die Vermehrung, Legezeit und die Entpuppung des in Verdacht stehenden Insekts mit dem Vorhandensein verunreinigten Wassers verknüpft sind. Indem wir die drei beschriebenen Fälle vorderhand beiseite lassen, um sie später zusammen mit dem 4. Falle zu analysieren, gehen wir zur Beschreibung dieses letzten über.

Fall 4. Fed-off, Nikolaus, ledig, 24 Jahre alt, demobilisiert, beständiger Bewohner von Moskau. Trat unter unsere Beobachtung am 26. März 1925 ein. Seit 1922 bis Ende 1924 lebte er wegen des Militärdienstes in Ashabad. Hatte in der Kindheit keine besonderen Krankheiten gehabt. Lues leugnet er ab. Im Jahre 1922 litt er 5 Monate an Malaria. Im Juni 1924 bemerkte er am linken Handrücken ein kleines dunkles Fleckchen. Es schmerzte und juckte nicht, desquamierte anfangs ein wenig; dann wurde es nach und nach größer, schwoll an und bezog sich schließlich mit einer Borke. Die dortigen Ärzte diagnostizierten die „Pendinka". Nach etwa 3 Monaten zeigten sich die primären Elemente des Ausschlages an den Lippen: zuerst „Hitzbläschen" in den Mund-

Digitized by Google

winkeln, dann an der Unterlippe. Im Januar 1925, als er schon in Moskau war, wandte er sich an ein Stadtkrankenhaus. Es wurden Leishmanien gefunden. Man gab ihm eine Salbe. Das Geschwür an der Hand heilte, an den Lippen vergrößerte es sich. Große Schmerzhaftigkeit ist nicht vorhanden, doch verursachte die Schwellung der Lippen Unbequemlichkeiten beim Essen. Keine Temperaturerhöhung und allgemeines Wohlbefinden.

Status praesens. Mittlerer Wuchs, regelmäßiger Bau, befriedigender Ernährungszustand. Seitens der inneren Organe und des Nervensystems nichts Abnormes. Milz und Leber nicht palpapel. Schwellung der Drüsen, lymphangoide Knoten auf dem Wege der Lymphgefäße werden nicht beobachtet. An der oberen linken Extremität gewahrt man an der Verbindungsstelle der Ulna mit dem Knochen der Karpi (Ossa triquetrum und pissiforme) eine frische rundliche Narbe, $1^1/_2$ cm im Durchmesser; sie ist etwas eingezogen und pigmentiert im zentralen Teil und mehr gesättigt rotviolett an der Peripherie. Beide Lippen sind verdickt, infiltriert, ödematös, die obere durchwegs und bedeutend, die untere weniger stark und mehr in der linken Hälfte, wobei die Erscheinung der Infiltration und des Ödems hauptsächlich seitens der Lippenschleimhaut ausgeprägt sind; in der Schleimhaut gewahrt man auch die stärkste Hyperämie, die zum Teil (resp. zusammen mit dem Ödem) auch auf die Schleimhaut des Zahnfleisches übergeht. Die Färbung der Haut ist außer einer kleinen Zone um den rechten Mundwinkel herum fast normal. Im linken Mundwinkel gewahrt man ein kleines, längliches, nicht tiefes Geschwür mit unebenem rissigem Boden und ungleichen Rändern. Dieses kleine, spaltenförmige Geschwür nimmt die ganze Spitze des Winkels ein und erstreckt sich ein wenig auf die Schleimhaut der Wange. Von außen bemerkt man es kaum. Daneben befindet sich auf der Schleimhaut der Oberlippe ein anderes kleines Geschwür von unregelmäßiger Form, ein etwas tieferes, daß sich sinusartig in die Dicke der Haut einsenkt, von der es ein Stückchen überbrückt. Es erstreckt sich ebenfalls auf die Wangenschleimhaut. Dem Charakter des Grundes und der Ränder nach ist es dem ersteren analog. In einiger Entfernung vom linken Mundwinkel (s. Abb. 4) befindet sich auf der Schleimhaut der Unterlippe ein drittes kleines Geschwür von rundlicher Form, welches muldenförmig auf die Mundschleimhaut übergeht; dasselbe ist mit einem Schorf bedeckt. Inmitten der durchwegs infiltrierten linken Hälfte der Lippe läßt sich hier ein einzelnes, scharf abgegrenztes, rundes, dichteres Infiltrat durchfühlen. Auf die Haut geht das Geschwür nicht über, und die Färbung an dieser Stelle ist unverändert. Ein Geschwür von demselben Charakter mit getrenntem begrenztem Infiltrat gewahrt man auf der Schleimhaut der Oberlippe in der Mittellinie. Im rechten Mundwinkel, in dessen Spitze und in den benachbarten Teilen der Lippen sind noch vier kleine Geschwüre lokalisiert, wodurch der Mundwinkel entstellt ist. Diese kleinen Geschwüre von unregelmäßiger Form, mehr oder weniger tiefe, erstrecken sich sowohl auf die Schleimhaut als auf die Haut, fließen stellenweise susammen, sind an anderen Stellen voneinander durch Brücken aus normaler Schleimhaut und Hautfetzen getrennt. Der Boden ist uneben, gefurcht, die Ränder stellenweise untergraben, überhängend. Diese Geschwüre sind wie die oben beschriebenen wenig schmerzhaft, haben unmerkliche Sekretion (wird mit dem Speichel abgewaschen?) und fleichfarbenen Boden. In den Ausstrichen von Granulationen aus den Geschwüren findet man wenig zahlreiche, doch typische L. tropica. Das periphere Blut enthält weder Leishmanien noch Malariaplasmodien. WR und SGR des Blutes: —.

Im Urin nichts Pathologisches. Hb. 107%, Erythrozyten 6125000, Leukozyten 6600, Neutrophile 59,75%, Lymphozyten 30%, Monozyten und Übergangsformen 7,50%, Eosinoph. 1,75%, Myelozyten 1%.

Wie aus den Krankengeschichten erhellt, haben die Fälle 2 und 4 das Gemeinschaftliche, daß in beiden ein Teil der Geschwüre an der Lippenschleimhaut lokalisiert war. Sie erschienen in beiden Fällen erst 3 Monate nachdem bei den Kranken schon Geschwüre an der Haut (an der Nase in Fall 2, an der Hand in Fall 4) vorhanden gewesen waren. Wenn es leicht ist, sich die Entstehung dieser Geschwüre durch die ursprüngliche Infektionsquelle, durch metastatisches Vorrücken des Virus [STANCANELLI (34), CORNWALL (35)], Autoinokulation oder mechanische Übertragung durch Hausungeziefer [LAVERAN (11), STITT (25), MANSON (24), CASTELLANI und CHALMERS (23)] zu erklären, so verdient die Lokalisation

Digitized by Google

an den Schleimhäuten doch, daß man sich bei ihr aufhält. Wenn die Erkrankung der Schleimhäute eine stete Begleiterin und charakteristische Eigentümlichkeit der schweren südamerikanischen Hautleishmaniosis der Espundia ist, so begegnet man ihr höchst selten bei der Orientbeule in der alten Welt. MARZINOWSKI hat persönlich solche Fälle beobachtet. „Sie (die Orientbeule)", schreibt er in seiner Dissertation, „greift nur die Haut an und geht nur in Ausnahmefällen auf die Schleimhäute über, z. B. auf die der Lippen (10)". Es ist uns aber nicht gelungen, in der russischen einschlägigen Literatur solche registrierte Fälle zu finden. In FINKELSTEINS Tabelle (3) ist unter 30523 Beulen (bei 2402 Personen) keine einzige an den Schleimhäuten lokalisierte angegeben. Auch LAVERAN (11) hat in der ganzen auf die Orientbeule bezüglichen Literatur bis auf die letzte Zeit keine solche Fälle gefunden. „Erst in den letzten Jahren", schreibt er, „sind einige Fälle beschrieben worden, wo die Schleimhäute in Mitleidenschaft gezogen worden waren." Es sind die Fälle von CARDAMATIS und MELISSIDIS (36) (Schleimhaut der Oberlippe), von LA CAVA (37) und von CHRISTOPHERSON (38) (Lippen- und Nasenschleimhaut), der Fall von PULVIRENTI (39) und einer der Fälle von CASTELLANI und CHALMERS (23). Mit einem gewissen Zwang kann, wie TRUFFI (18) meint, auch einer von seinen Fällen hinzugerechnet werden.

Außer einem Fall von CASTELLANI und CHALMERS (23), den LAVERAN (11) für strittig hält, ist in den übrigen erwähnten Fällen die Rede vom Übergang der Beule per continuitatem von der Haut auf die nächstliegende Schleimhaut, wenn eine an der mit der Schleimhaut grenzenden Haut befindliche Beule serpiginös einen Teil der Haut ergriffen hat. In TRUFFIS (18) Fall kann man nicht einmal von einem Übergange reden, da die Schleimhaut keineswegs wund, sondern bloß ödematös und gerötet war. In unserem Falle 2 war die leishmaniose Erkrankung der Schleimhaut der Unterlippe ganz isoliert, hatte zur Haut keine Beziehung, und seitens der Haut wurden keine reaktiven Erscheinungen beobachtet. Bei geschlossenen Lippen war diese Wunde gar nicht sichtbar. In Fall 4 waren die isolierten Geschwüre an der Ober- und Unterlippe streng auf das Gebiet der Schleimhaut beschränkt. In den Mundwinkeln, wo sich auch Veränderungen seitens der Haut fanden, waren sie weniger bedeutend. Im Vergleich zu den zahlreichen sinuösen an Tuberkulose erinnernden Ulzerationen an den Schleimhäuten, sprach das klinische Bild klar für den Übergang des Krankheitsprozesses per continuitatem von der Lippen- und Wangenschleimhaut auf die Haut. An einer anderen Stelle (33) sprachen wir bei Gelegenheit der in der russischen Praxis der Hautleishmaniosis gekennzeichneten Fälle mit sehr langer Inkubationszeit (über ein Jahr), den Gedanken aus, daß die Eigenschaft sehr langer Inkubationen eine Eigentümlichkeit der russischen (resp. turkestanschen) L. tropica ist. Vielleicht erklärt sich die ungewöhnliche Lokalisation an den Schleimhäuten auch durch biologische Besonderheiten des in Frage stehenden Parasiten. Es ist interessant darauf hinzuweisen, daß auf die Wunden an der Schleimhaut eine ärztliche Behandlung (in Fall 2 wurde ein Wismutpräparat, in Fall 4 Stibenyl angewandt) zuerst einen Einfluß ausübte und sie zuerst ausheilten, eine Erscheinung, die auch in der Therapie der Syphilis beobachtet wird, wo bei der spezifischen

Digitized by Google

Behandlung die Syphilide der Mundhöhle gewöhnlich früher als die der Haut verschwinden. Wie KRAUS (40) schreibt, weichen im Gegenteil bei der südamerikanischen Leishmaniosis die Affektionen der Schleimhaut der Behandlung (Tartarus stibiatus) langsamer als die der Haut und rezidivieren nicht selten.

Mit den hier beschriebenen 4 Fällen erreicht die Zahl der an Hautleishmaniosis Erkrankten, bei denen wir das Blut nach WASSERMANN untersuchten, 21. In 3 davon wurde eine partiell positive Reaktion erhalten, in allen übrigen war die WR negativ. Negativ war sie auch in den Fällen von BREMENER und BRONSTEIN (14), in denjenigen von VIGNE und PRINGAULT (19), FELDMANN (13), TRUFFI (18), SULTANOFF und CHUDADOFF (41), WEINSTEIN (42), in 28 Fällen MC. KINSTRYS (43) und in vielen anderen. Wie aus den Arbeiten von DE AREA-LEAO (44) ersichtlich ist, geben eine negative WR auch verschiedene Formen der amerikanischen Leihmaniosis (Espundia), wenn nur die Kranken keine Syphilitiker sind. Man dürfte annehmen, daß auch in den in der Literatur verzeichneten Fällen, wo beim Bouton d'Orient eine positive WR erhalten wurde, an dieser Erscheinung nicht L. tropica, sondern latente Lues schuld war. Was die in unseren ersten 3 Fällen konstatierte bedeutende Eosinophilie betrifft, so gelang es uns leider nicht, das Vorhandensein einer Würmerinvasion bei diesen Kranken auszuschließen; und da im Laboratorium von Prof. SKRIABIN (45) in Moskau „eine 100%ige Invasion von Menschen mit parasitierenden Würmern" konstatiert wurde, so halten wir uns nicht für berechtigt, die gefundene Eosinophilie dem Leishmanioseprozeß und nicht einer vielleicht vorhandenen Helminthiasis zuzuschreiben. Nach MARZINOWSKIS (15) Voraussetzung „ist die Zahl der Eosinophile (bei der Orientbeule) am Anfang der Krankheit, hauptsächlich vor der Blütezeit, vermehrt". Bei unseren Kranken war die Krankheit bei allen in voller Blüte. Bei zweien unserer Fälle, die an Malaria litten, hätten wir eher Hypoeosinophilie (46) erwarten dürfen. Im 4. hier beschriebenen Falle und auch in anderen unserer Fälle, wo die Leukozytenformel bestimmt wurde, fanden wir keine Vergrößerung der Zahl der eosinophilen Zellen im peripheren Blut. Auch in den meisten der in der Literatur angeführten Hautleishmaniosen wird die Eosinophilie nicht erwähnt. Dagegen findet man oft Hinweise auf Mono- und Lymphozytose [LAVERAN (11), JAKIMOFF (1)], und TRUFFI (18) hält sie sogar für ein so beständiges Symptom der Orientbeule, daß er es für möglich hält, diese Veränderungen in der Leukozytenformel des Blutes zur Differentialdiagnostik von anderen Hautkrankheiten zu benutzen. In den hier beschriebenen Fällen wurden scharf ausgeprägte Mononukleose (*Lymphozyten* +, Monozyten 44%) im 3. Fall gefunden, da aber die Kranke unzweifelhaft an chronischer Malaria litt, so ist schwer zu entscheiden, welcher Krankheit, der Malaria oder der Leishmaniosis der Haut, diese Mononukleose zuzuschreiben ist.

Resümee

1. Die Erkrankung der Einwohnerschaft im turkestanschen Gebiet sowie im transkaspischen an Hautleishmaniosis ist bis auf den heutigen Tag sehr groß. Nach den offiziellen Berichten betrug die Zahl der

Digitized by Google

registrierten Erkrankungen in den Jahren 1923 und 1924 in der turkmenischen Republik etwa 1000 pro Jahr. In der Wirklichkeit muß die Zahl der Erkrankungen als viel höher angenommen werden, da nur ein geringer Teil derselben zur Registration gelangt. Einige Regionen (Seraks) scheinen am meisten von Infektionensquellen gesättigt zu sein, so daß schon ein kurzer Aufenthalt dort die Erkrankung nach sich zieht. In älteren Zeiten, während der Feldzüge in endemische Gegenden (resp. auch bei der Übersiedlung der zivilen Bevölkerung), im Weltkriege (1914), in den letzten Jahren — während des Bürgerkrieges in Rußland — wurden wahre Epidemien von Hautleishmaniosis bei den Truppen beobachtet. Sowohl inmitten der Eingeborenen als auch unter den Eingewanderten wurde häufig eine gleichzeitige Erkrankung mehrerer Familienmitglieder und selbst ganzer Familien konstatiert. Unter 25 vom Verf. in Moskau beobachteten Fällen zeigten 8 den Charakter einer Familienerkrankung. Als Hilfe in der Orientierung in der Frage nach der Art des Eindringens des Parasiten der Hautleishmaniosis in den menschlichen Organismus und nach der unmittelbaren Quelle der Infektion können die oben erwähnten Erscheinungen — die epidemischen Ausbrüche der Krankheit und die Familienerkrankungen — nicht dienen.

2. Bei einem kleinen Mädchen, das der Verf. unlängst beobachtete, war neben einigen (6) Orientbeulen an verschiedenen Körperteilen bei Abwesenheit irgend welcher Krankheitserscheinungen seitens der Haut der Ober- und Unterlippe an der Schleimhaut der Unterlippe ein kleines isoliertes scharf auf die Schleimhaut beschränktes Geschwür, wo unter dem Mikroskop L. tropica gefunden wurde. Bei einem anderen Pat., einem erwachsenen Manne, waren neben einer frischen Narbe an der linken oberen Extremität, der Spur einer einzigen Beule an der Haut, einige blühende Orientbeulen an der Schleimhaut beider Lippen (resp. der Wangen) und in den Mundwinkeln vorhanden, wobei die einen sich genau auf das Gebiet der Schleimhaut beschränkten und sich nicht auf die anliegende Haut erstreckten, während bei anderen (in den Mundwinkeln) sowohl die Haut als die Schleimhaut in Mitleidenschaft gezogen waren, wobei die Entzündungs- und Zerfallserscheinungen weit stärker seitens der Schleimhäute ausgeprägt war. Dem klinischen Bilde nach zu urteilen, konnte man von einem Übergang des Leishmanioseprozesses per kontinuitatem eher von der Schleimhaut auf die Haut als umgekehrt sprechen. Zur Erklärung dieser höchst seltenen Erscheinung — der Lokalisation der Orientbeule an den Schleimhäuten — wird der Gedanke ausgesprochen, daß dieselbe möglicherweise mit besonderen biologischen Eigenschaften der russischen (resp. turkestanschen) L. tropica verknüpft ist, die sich außerdem, wie Verf. konstatiert hat, durch eine andere Eigentümlichkeit, die Fähigkeit, zuweilen eine ungewöhnlich lange (über 1 Jahr) Inkubation aufzuweisen, ausgezeichnet. Im Gegensatz zur südamerikanischen Leishmaniosis der Haut und der Schleimhäute vergingen in beiden Fällen die Affektionen der Schleimhäute ziemlich rasch unter Anwendung therapeutischer Mittel (Bijochinol, Stibenyl), viel rascher als diejenigen der Haut. Die WR des Blutes war in beiden Fällen negativ, wie auch in den 2 anderen hier beschriebenen Fällen. Von 17 anderen Fällen von Hautleishmaniosis, wo das Blut von den Autoren

Digitized by Google

nach WASSERMANN geprüft wurde, ergaben 14 ein negatives Resultat, während in 3 Fällen ein partiell positives erhalten wurde. Doch lag diesem wahrscheinlich latente Syphilis zugrunde.

Literatur

1. W. YAKIMOFF, Wissenschaftliche Arbeiten der Expedition zum Studium der Tropenkrankheiten der Menschen und Tiere in Turkestan. 1915, S. 209 (russisch). — 2. Persönliche Mitteilungen. — 3. Zit. nach 1. S. 247. — 4. MANOZKOFF, Die Behandlung der Pendebeule. Batum 1899 (russisch). — 5. KOLPAKOFF, Milit. — 6. Zit. nach 1. S. 211. — 7. Persönliche Mitteilung, 21. VII. 1925. — 8. M. AGRONICK, Russ. Journ. f. trop. Med., 1924, Nr. 4—6 und 1925, Nr. 1—3 (russisch). — 9. Schriftliche Mitteilung vom 3. I. 1925. — 10. In derselben Mitteilung. — 11. A. LAVERAN, Leishmanioses. 1917, S. 325. — 12. E. MARZINOWSKI und A. SCHTSCHURENKOWA, Russ. Journ. f. trop. Med., 1924, Nr. 2. — 13. Schriftliche Mitteilung vom 2. XII. 1923. — 14. M. BREMENER und O. BRONSTEIN, Med. Rundsch., 1910 (russisch). — 15. E. MARZINOWSKI, Die Ätiologie der Orientbeule, Moskau 1909 (Dissertation, russisch). — 16. W. YAKIMOFF, Soc. Path. Exot. 21. VI. 1915. — 17. J. TOMKINSON, Brit. Med. Journ., 15. X. 1914. — 18. M. TRUFFI, Giorn. Ital. di Dermat. e Sifilog., 1925, Nr. 2, S. 692. — 19. P. VIGNE et E. PRINGAULT, Ann. de dermat. et de syph., 1924, Nr. 4. — 20. BLANC et CAMINOPETROS, Ann. l'Inst. Pasteur, 1921, Nr. 2. — 21. J. SINTON, The Indian Journ. Med. Res., 1925, Nr. 4. — 22. CHODUKIN, Vortrag auf der 35. wissenschaftl. Konferenz des Moskauer Tropeninstituts. — 23. A. CASTELLANI and A. CHALMERS, Manual of tropical medicine, 1919, S. 2169—2171. — 24. P. MANSON, Tropical diseases, 1914, S. 217. — 25. E. STITT, The diagnostics and treatment of tropical medicine, 1919, S. 103. — 26. M. AGRONICK, Venerologiya i Dermatologiya, Moskau 1925, Nr. 2. — 27. WOLFF und MULZER, Lehrb. f. Hautkrkh., 1917, S. 328. — 28. L. BROCQ, Precis-Atlas de pratique dermatologique, 1921, S. 263. — 29. Ed. et Et. SERGENTS, Parrot, Donatien et Beguet, C.-Ren. Acad. Scien., 1921, Bd. 173, S. 1030. — 30. E. MARZINOWSKI, Medizinische Mikrobiologie, 1912, S. 53 (russisch). — 31. MANGIN, Bull. Soc. Path. Exot., 1924, Nr. 5. — 32. L. UFFERTE et G. PELLIER, Ann. de dermat. et de syph., 1913, Nr. 2. — 33. M. AGRONICK, Derm. W., 1925, Bd. 81, Nr. 46. — 34. P. STANCANELLI, Giorn. ital. delle mal. vener., 1923, Nr. 1. — 35. J. CORNWALL, The Ind. Journ. Med. Res., 1922, Bd. 9, S. 545. — 36. CARDAMATIS et MELISSIDS, Bull. Soc. Path. Exot., 12. VII. 1911. — 37. LA CAVA, Zbl. f. Bakt., 1. Orig., 1914, Bd. 74, H. 5—6. — 38. J. CHRISTOPHERSON, Ann. of trop. med. and paras., 1914, Bd. VIII, Nr. 3. — 39. G. PULVIRENTI, Malar. e Malatt. dei paes. cald., 1912, Bd. 4, H. 1, S. 32. — 40. R. KRAUS, M. Kl., 1924, Nr. 9—10. — 41. M. SSULTANOFF und D. CHUDADOFF, Venerologiya i Dermatologiya, Moskau 1925, Nr. 6. — 42. A. WEINSTEIN, Bericht des Staatl. Inst. zur Ausbildung der Ärzte in Kasan. S. 220 (russisch). — 43. Mc. KINSTRY, Journ. of Royal arm. med. corp., 1922, Nr. 7. — 44. A. DE AREA-LEAO, Mem. do Inst. Osw.-Cruz., 1922, Bd. 15, S. 209 (ref. Bull. l'Inst. Pasteur, 1924, Nr. 9). — 45. K. SKRIABIN und A. PASCHIN, Russ. Journ. f. trop. Med., 1924, Nr. 4—6. — 46. T. CHARASOFF, Wissenschaftl. Arbeiten des 2. Allrussischen Kongresses zur Bekämpfung der Malaria, Moskau 1924, S. 34 (russisch). N. SOLOTAREWA, ibidem, S. 33.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Stefan-Tisza-Universität in Debreczen (Vorstand: Prof. Dr. EDUARD NEUBER)

Fibroma circumscriptum symmetricum multiplex

Von

Dr. GEDEON DÓCZY, Assistent

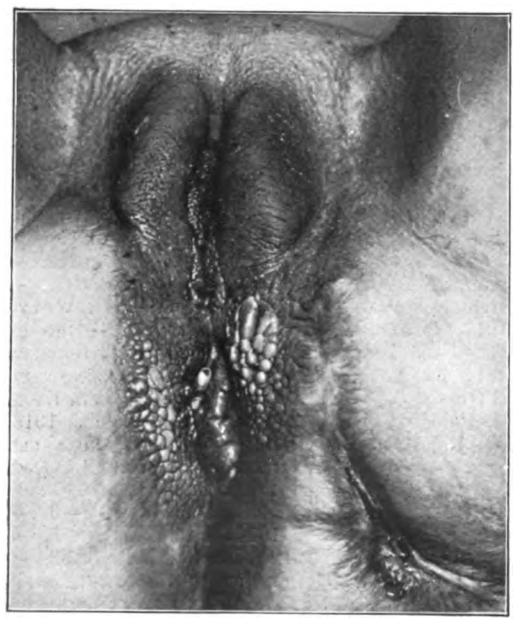
Mit 1 Abbildung im Text

Man bekommt verstreut an der Haut vorkommende Fibrome sehr häufig zu Gesicht. Symmetrische, in Mehrzahl vorhandene Fibrome an einer gewissen Körperregion sind aber ziemlich selten. Auch in der

Digitized by Google

Literatur sind darüber spärliche Angaben zu finden. Einen klinisch ähnlichen Fall hatte Kiess in der Derm. W., 1926, Nr. 22 veröffentlicht; außer ihm fand ich noch die einschlägigen Mitteilungen von Horowitz, Maky und Kerl.

Anamnese: 30 Jahre alte Alkoholikerin wurde 1917 wegen eines perianalen Abszesses operiert, es blieb eine stark eiternde Fistelöffnung zurück. Angeblich sollten die heute rund um den After sichtbaren Knoten schon damals bestanden haben. Zur gleichen Zeit hatte sie wegen der nässenden, schmerzhaften Ausschläge an den Geschlechtsteilen und um den After 30 Einreibungen mit grauer Salbe gemacht, worauf die nässenden Ausschläge heilten. 1921 beobachtete sie den Auftritt neuer Knoten am unteren Teil der Analöffnung, welche mit der Zeit langsam wuchsen.



Beide große Schamlippen sind elefantiasisartig geschwollen, darunter zu beiden Seiten der Analöffnung verschiedengroße, symmetrisch verteilte Fibrome. Am linken Glutäus eine fistelnde Operationsnarbe

Status praesens: Beide große Schamlippen sind in ihrem ganzen Umfang vergrößert, von weich teigiger Konsistenz, glatt, glänzend, den Fingerdruck behalten sie gut. Die Mastdarmschleimhaut ist vorgefallen, lividrot, stellenweise epithelberaubt, blutend. An der linken Seite der Analöffnung befindet sich eine hellergroße Fistelöffnung. Die rektoskopische Untersuchung ergab eine zirkuläre Vernarbung in der Höhe des Sphinkters; am inneren Ende des Fistelganges ist ein linsengroßes Geschwür sichtbar. In der Mitte beider Glutäen sind schräg verlaufende, ungefähr 12 cm lange eingezogene, an der Mitte bröckligen Eiter sezernierende, mit hellergroßer Fistelöffnung versehene, an den Rändern hypergranulierte, postoperative, in die Tiefe reichende (die Tiefe der Fistel betrug mit der Sonde 6 cm) Narben vorhanden. In beiden Leistenbeugen sind haselnußgroße, druckempfindliche, mit normaler Haut bedeckte Drüsen.

Von der hinteren Kommissur ausgehend, zu beiden Seiten der Analöffnung befinden sich an einem kindhandtellergroßen infiltrierten Gebiet teilweise in Reihen angeordnete, teils unregelmäßig verstreute stecknadelkopf- bis erbsengroße, ja ganz haselnußgroße, halbkuglig erhabene, längliche, ovale, von normaler, glatter Haut überzogene, elastisch weiche solitäre Geschwülstchen, unter welchen die größeren an der Basis gestielt erscheinen. Die Schleimhäute der Scheide und des Mastdarms sind von den Geschwülsten frei.

Histologisches Bild: Exzidiert wurde eine haselnußgroße und eine stecknadelkopfgroße Veränderung. Die Epidermis der exzidierten Stücke erscheint etwas verdickt, das Epithel fehlt stellenweise, und an diesen Stellen zeigt der Papillarkörper ein Fibrinnetz und rundzelliges Infiltrat. Am auffallendsten sind die perivaskulären Granulationen nicht bloß im Papillarkörper, sondern auch im ganzen Umfang der Kutis. Die Gefäße sind in ein zellreiches retikulär geformtes Gewebe eingebettet,

Digitized by Google

außer Lymphozyten und Retikulumzellen sind Polyblasten und in beträchtlicher Zahl Plasmazellen zu finden. Im Papillarkörper bildet das perivaskuläre Gewebe hier und da zusammenfassende Inseln, in welchen mehrkernige Zellen zu treffen sind. An der Peripherie der Inselchen ist eine Vermehrung der Bindegewebsbündelchen zu sehen, ferner verschiedene Stadien der Umwandlung in ein fibröses Bindegewebe. In den tieferen Teilen der Kutis unterscheiden sich die perivaskulären Lymphscheiden scharf von dem zwischen ihnen vorhandenen retikulär angeordnetem fibrösen Bindegewebe. Die kollagene Faserung des letzteren bildet ein unregelmäßiges Netzwerk mit zahlreichen Fibroblasten.

Färbungsmethoden: Hämatoxylin-Eosin, Hämatoxylin-, VAN GIESON, GRAM, WEIGERT und Impregnation nach LEVADITI.

Die vorerst negative WR wurde nach einer Provokation mit 0,45 Neosalvarsan ++ positiv. Pirquet: schwach positiv. Aus dem Sekret der Fistel und aus dem Punktat konnte mit den verschiedenen Färbemethoden und Kulturverfahren lediglich Staphylococcus aureus nachgewiesen werden. Das qualitative und quantitative Blutbild, Hämoglobin zeigten keine Abweichung.

Die Kranke erhielt 10 Neosalvarsan (5,65 g), worauf die Infiltration des ganzen Gebietes abgenommen hat, und einige stecknadelkopfgroße Tumoren links von der Analöffnung wurden flacher. 18 Tage nach der Exzision gingen 5—6 stecknadelkopfgroße Geschwülstchen in der Umgebung der Exzisionsstelle ins Hautniveau zurück, die den größeren Hautmangel umgebenden haselnußgroßen Tumoren zeigten keine Veränderung. Die Abnahme der Infiltration erfolgte wahrscheinlich infolge der neosalvarsanbewirkten Resorption des durch die latente Syphilis bedingten, chronisch entzündeten Gewebes.

Die Diagnose konnte nur auf Grund des histologischen Bildes gestellt werden. Differentialdiagnostisch kommt das Sarkom in Betracht.

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 11. November 1926

Vorsitzende: Riehl, Stein Schriftführer: Fuhs

Riehl: Nachruf auf **S. Ehrmann.**

Szandicz: **Parapsoriasis.** 32jähr. Pat. mit lichenoid-makulösem Exanthem an Stamm und Extremitäten. An der rechten Handfläche und linken Fußsohle psoriasiforme Plaques. Zeitweise Jucken. Relative Monozytose.

Nobl schließt Schuppenflechte trotz der schilfernden Aussaat an den Handtellern aus, eher wäre Verwechslung mit Pityriasis rosea gegeben.

Oppenheim hält den Fall wegen punktförmiger Blutungen für Psoriasis.

Rusch: **Granuloma annulare.** In der Hohlhand eines $2^1/_2$jähr. kräftigen Knaben finden sich, entsprechend den Metakarpalgelenken, 4 derbe, plattenartige, gedellte, kutane Infiltrate.

Rusch: **Lymphangiom.** Systemisierte Anordnung entsprechend der rechten hinteren Achselfalte.

Pils: **Pityriasis lichenoides.** 21jähr. Pat.: typische Form und Ausbreitung, außerdem ein nach Höhensonne entstandenes Leukoderm. — 10jähr. Pat.; Exanthem von wesentlich exsudativerem Charakter mit Blasenbildungen an den Seiten des Stammes. Zeigt außerdem ein über den Stamm ausgebreitetes, echtes Leukoderm.

Gruß: **Spindelzellensarkom.** 54jähr. Frau mit einem kleinapfelgroßen, weichen, an der Oberfläche exulzerierten Tumor, der pilzförmig über die Oberlippe und die Nasenseiten überhängt und im Laufe von einem halben Jahr bis zu dieser Größe herangewachsen ist. Keine regionären und auch sonst keine nachweisbaren Metastasen, wahrscheinlich aus einem Nävus entstanden.

Digitized by Google

Geiger: **Erythrodermia exfoliativa bei lymphatischer Leukämie und Diabetes.** 67jähr. Frau, seit 7 Jahren Juckreiz. Diffuse Rötung der Haut, kleienförmige Schuppung, Lichenifikation, an einzelnen Stellen Nässen und Rhagaden, Drüsenschwellung. Milz und Leber vergrößert. Saccharum 4,6%, Eiweiß in Spuren. Erythrozyten 2200000, Leukozyten 28200, Neutrophile 8460 (30%), davon Segmentkernige 7050 (25%), Neutrophile 1410 (5%), Eosinophile 564 (2%), große Monomoleäre 423 (1,5%), Lymphozyten 17202 (61%) + Makrolymphozyten 1311 (5,5%) = 18513.

Stein: **Herpes tonsurans capillitii mit Thallium epiliert.** 11jähr. Mädchen erhielt am 25. Oktober 0,19 g Thallium aceticum (0,008 g pro Kilogramm des Körpergewichtes). Am 9. November begannen die Haare in großer Menge auszufallen, jetzt vollständige Kahlheit. Nebenerscheinungen niemals. Diese zuerst von russischen und mexikanischen Ärzten, dann von Fiocco propagierte Methode ist imstande, das Röntgenverfahren zu ersetzen.

Nobl: Leider endet die Anzeige der Thalliumverbindung mit der Pubertät; das Metallsalz gewinnt bei Erwachsenen an Toxizität.

Stein: **Leukämischer Tumor der Nase.** 52jähr. Pat. Seit 2 Jahren lymphatische Leukämie. August 1925 120000 weiße Blutzellen (89% Lymphozyten).

Rusch erinnert an die Ähnlichkeit mit der diffusen Form des Boeckschen Sarkoids.

Wolf: **Einseitige Hyperhidrosis des Gesichts.** Auftreten im Anschluß an gewürzte oder saure Speisen, daneben Verengerung der linken Pupille und Enophthalmie. Diese Lähmungserscheinungen, die sich auch in einer peripheren Reizbarkeit durch Injektion von Pilokarpin 0,01 schon nach 5 Min. deutlich dokumentieren, sprechen für eine Affektion des Halssympathikus. Therapie: Durchschneidung des Halssympathikus.

E. Spitzer: **Gewerbedermatitis nach Okoméholz.** Bei dem Pat. an Unterarmen und Handrücken, Gesicht und Brust ein ödematöses Erythem mit kleinsten Blasen.

Sachs: **Sklerodermie en bande.** 33jähr. Pat., in der Mitte der Stirn in sagittaler Richtung eine grauweißliche Verfärbung, bandartig bis zur Nasenwurzel.

Nobl: **Erythema nodosum syphiliticum.** 40jähr. Postler, seit 1 Jahre in kurzfristigen Intervallen im Unterhautfettgewebe gelegene, violette, teigig derbe, mäßig empfindliche Einlagerungen an Armen, Stamm, Gesäß und Oberschenkeln; nach mehrmonatigem Bestande Rückbildung. Seit 1920 Lues. Histologisch: Flemmingsche Wucheratrophie mit tuberkuloider Struktur, Gruppierung der Herde um thrombophlebitische größere Venen.

Scherber bezeichnet dies als nodöse Syphilide, histologisch von den Vasa vasorum ausgehende Gefäßwandentzündungen der Venen oder Arterien.

Nobl: **Fall zur Diagnose.** 36jähr. Frau, Knötchen an Stirn, Wange und Kinn, mäßig derb, stecknadelkopf- bis hirsekorngroß, an Naevus Pringle gemahnend, sowie an Lupus follicularis disseminatus und follikuläre Acne rosacea.

Fischl: **Luetisches Rezidivexanthem.**

Oppenheim: **Syphilis maligna und Stovarsol.** 25jähr. Mann, Juni 1926 hochfiebernd, schwerste ulzeröse Syphilis. An den Extremitäten bis flachhandgroße, tiefe Geschwüre mit buchtigen Rändern, z. T. mit geschichteten Krusten bedeckt. Sonst reichlichst Papeln verschiedener Größe, im Gesicht framboesiforme Wucherungen. An den Tonsillen geschwüriger Zerfall. Hochgradige Schmerzhaftigkeit. Als 1. Dosis bekam er $^1/_4$, $^1/_2$, $^1/_2$ Tablette Spirozid. Schon nach der 1. Gabe fiel das Fieber, die Schmerzhaftigkeit. Die übrige Heilung setzte rapid ein. Nach 4 g Spirozid waren alle Geschwüre überhäutet: an Stelle der Papeln nur Pigmentationen, an Stell der Geschwüre Narben. 6 kg Gewichtszunahme in etwa 4 Wochen. Dieser Erfolg übertrifft noch die Wirkung des Neosalvarsans.

Scherber: Spirozid ist ein ausgezeichnetes Antisyphilitikum für alle Stadien der Lues. Besonders wirksam sind höhere Dosen von über 60 bis zu 90 Tabletten auf Klinik, Blut und Liquorbefund. Auf die Lues maligna wirkt ja auch zumeist das Neosalvarsan, versagt es, so ist Spirozid und Wismut oder beides kombiniert zu versuchen. Auch die Wirkung der Arsinsäurepräparate ist nicht immer gleichmäßig intensive. Wichtig für die Dauerverwendung dieser Mittel werden die endgültig festgestellten Nebenerscheinungen sein. Die bisher konstatierten Schädigungen, Dermatitiden, Darm- und Nierenreizungen, sind nicht imstande, die Anwendung zu verhindern.

Ullmann: Die Wirkung des Stovarsols beruht auf seiner chemischen Konstitution als entgiftetes, konstantes Arsenoxyd. Ich habe darauf im Zentralblatt, Bd. 13, S. 113 hingewiesen. Die orale, intramuskuläre und intravenöse Methode ist durchaus nicht gleichwertig. Manche Mittel wirken besser oral, weil die Wirkung vom Darm aus, wo das Präparat direkt in die Leber gelangt eine intensivere ist als intravenös, wo der größte Teil des wirksamen Stoffes z. T. noch unzerlegt durch den Urin ausgeschieden wird.

Digitized by Google

Finger hat in den letzten Monaten eine unzweifelhafte Zunahme primärer und sekundärer Lues festgestellt.

Sachs konstatiert auch ein leichtes Ansteigen der frischen Syphilis.

Scherber: Gegenüber der Geschlechtsseuchenverbreitung im Kriege und nach diesem, haben wir eine gewisse Einschränkung vor allem des Ulcus molle, dann aber auch der Syphilis, am wenigsten allerdings der Gonorrhoe erzielt. Die in den letzten Monaten festzustellende Wiederzunahme der Syphilis ist sicher auf versteckte Infektionsquellen in der Stadt, aber auch auf Einschleppung von auswärts zu beziehen.

Oppenheim: Josefowicz hat aus seiner Abteilung eine Statistik zusammengestellt (1911—1924). Wenn man nur die frischen Infektionen zählt, ferner das perzentuelle Verhältnis der frischen Fälle zu den alten Syphilisfällen, so ergibt sich fast keine Schwankung.

Scherber: **Geheiltes Melanosarkom.** 48jähr. Mann, dem vor $3^1/_2$ Jahren ein über linsengroßes, auf Basis eines pigmentierten Nävus entstandenes Melanosarkom exzidiert wurde.

Scherber: **Sarkom.** 39jähr. Mann. An der unteren Halsgrenze derber wurstförmiger Tumor, nach oben zu in ein flaches, stellenweise exulzeriertes Infiltrat übergehend, das auch den Mundboden einnimmt.

Fuhs: **Multiple Morphininfiltrate.** 32jähr. Morphinistin, die in letzter Zeit sich bis 10 Injektionen à 0,02 g Morphium machte. Bei der Einlieferung an den charakteristischen Lokalisationsstellen von Brust und Bauch, sowie Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten, besonders Vorderarmen und Oberschenkeln, blaubraunrote Knötchen und tumorartige, derbe Infiltrate, die z. T. mit der Unterlage verwachsen waren. Aus zahlreichen Abszessen entleerte sich dünnflüssiger Eiter. Unter mehrwöchiger Wasserbettbehandlung rasche Rückbildung spez. der erweichten Infiltrate unter Hinterlassung zahlreicher leicht eingezogener Narben. Histologisch: Neben teilweiser Auflockerung des Bindegewebes und vorwiegend perivaskulären Infiltraten aus Rund- und Epitheloidzellen an einer Stelle auch eine Gruppe Riesenzellen umgeben von Epitheloidzellen. Zwischen sowie z. T. in den Riesenzellen ein längs- bzw. quergetroffenes faserartiges Gebilde (Fremdkörper), das die tuberkuloide Struktur bewirkt haben dürfte.

Sachs hat einen Luetiker mit Lupus vulgaris faciei demonstriert, der an Stelle des in die Glutäalgegend injizierten Salizylquecksilbers derbe Knoten zeigte, die mit Gummen hätten verwechselt werden können. Es handelte sich um Fremdkörpertumoren mit tuberkuloidem Bau.

Oppenheim: Der Name Paraffinome und Vaselinome paßt nicht zu diesen Veränderungen. Die sind als lupoide oder sarkoide Reaktion auf Einbringung irgend eines Fremdkörpers aufzufassen. Therapie: Arsen und Röntgen.

Arzt: **Naevus multiplex Pringle mit Bindegewebsnaevus in der Sakralgegend.** 11jähr. schwachsinniger Knabe mit Affektion im Gesicht. Am Körper Pigmentnaevi, kleine weiche Fibrome. In der Sakralgegend eine Hautfelderung von leicht blaßgelblicher Farbe. Histologisch: Bindegewebsnaevus.

Nobl hat die Zusammenhänge zwischen der Recklinghausenschen Dermatose und dem Naevus Pringle schon vor Jahren darzutun vermocht.

Wertheim: **Eigenartiger Gefäßtumor.**

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Annales des Maladies Vénériennes

Jahrg. 51, 1926, Nr. 10

Traitement chirurgical de la gangrène massive par injection artérielle du bismuth (Chirurgische Behandlung einer ausgedehnten, im Anschluß an eine Wismutinjektion in die Arterie aufgetretenen Gangrän), von H. Gougerot und J. Quénu. S. 741. Bei einer unter den üblichen Vorsichtsmaßnahmen vorgenommenen Wismut-

Digitized by Google

injektion spritzten Verff. das Medikament, ohne daß sie es zunächst merkten, in die Arterie. Alsbald nach der Einspritzung trat heftiger Schmerz auf, an der ganzen Hinterbacke bildete sich ein ausgedehntes, hartes Infiltrat und Ödem. Im Laufe von etwa einem Monat wurde der ganze Bezirk nekrotisch. Da bei konservativer Behandlung die Abstoßung nur ganz langsam erfolgte, entschloß man sich zur Exzision des toten Gewebes, wobei es sich zeigte, daß die Nekrose weit in die Tiefe bis unter die Aponeurose reichte. Störungslose Heilung. — Verff. empfehlen, selbst wenn nach abgenommener Spritze kein Blut aus der liegenden Kanüle kommt, beim geringsten Zeichen von Schmerz sofort die Einspritzung zu unterbrechen.

Troubles endocriniens et hérédo-syphilis (Störungen im endokrinen System und hereditäre Syphilis), von Barthélemy. S. 747. Auf hereditärer Syphilis beruhende endokrine Störungen existieren, wenn auch ihre Abgrenzung gegenüber den primären innersekretorischen Erkrankungen nicht leicht ist. Sie beginnen schon im intrauterinen Leben, wo sie allerdings meist zum Absterben der Frucht führen, ohne daß es gelingt, die klinischen Erscheinungen nachzuweisen. Beim Kinde finden wir von Störungen besonders den thyreoiden Typus, in etwas späteren Jahren den hypophysären. Bei der zweiten Generation sehen wir oft eine Erkrankung derselben Drüse wie bei der ersten. Das heißt, ein Basedow zum Beispiel macht Myxödem oder hypothyreoide Störungen oder auch wieder Basedow. Die sich ergebende praktische Folgerung ist jedenfalls, bei aller Unsicherheit der Pathologie, daß wir beim geringsten Verdacht auf vererbte Lues kombiniert, d. h. antiluetisch und organtherapeutisch, behandeln.

Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de camphorate huileux de bismuth (Behandlung der Syphilis mittels intramuskulären Injektionen von Kampferöl mit Wismut), von L. Bizard. S. 754. Dem Verf. hat sich die Einspritzung eines Präparats gut bewährt, das eine innige Verbindung darstellt zwischen Kampferöl und Wismuthydroxyd. Das Präparat zeichnet sich durch eine sehr geringe Schmerzhaftigkeit aus, so daß es auch bei Patienten, bei denen andere Wismutverbindungen Entzündungserscheinungen hervorrufen, angewandt werden kann. Es beeinflußt sowohl die klinischen Erscheinungen als auch die Sero-Reaktion außerordentlich günstig.

Les injections intra-veineuses de chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine dans le traitement de la blennorragie et de ses complications (Die intravenösen Injektionen von Trypaflavin in der Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen), von P. Clara und F. Lebeuf-Lyon. S. 758. Bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe hatten die Verff. trotz zahlreicher Versager insofern Erfolg, als die Gonokokken zuweilen auffallend schnell verschwanden und der Ausfluß in wenigen Tagen aufhörte. Auch bei der Zystitis und der blennorrhoischen Arthritis hat sich die Behandlung bewährt. Gerade bei der letzteren sieht es so aus, als ob das Trypaflavin eine elektive Wirkung auf die befallenen Gelenke ausübt. Bedenkt man jedoch, daß in keinem Stadium der Erfolg sicher ist, dagegen die Injektion oft unangenehme Folgen hat — vom leichten Unbehagen bis zum Schüttelfrost mit hohen Temperaturen —, so kann man die Methode doch nur sehr bedingt empfehlen.

F. Landauer-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review

Oktober 1926, Bd. 30, Nr. 10

The Diagnostic Importance of the Examination of the Semen in Gonorrhea (Die diagnostische Bedeutung der Untersuchung des Samens beim Tripper), von D. M. Leibfreid-Charkow. S. 577. Der Samen muß möglichst frisch ejakuliert untersucht werden, bestehen noch klinische Erscheinungen, so ist zunächst die Urethra sauber zu spülen, dann die Prostata zu exprimieren, dann nochmals zu spülen und dann erst zu ejakulieren. Für die Untersuchung des Spermas genügt die mikroskopische Untersuchung nicht, es müssen Kulturen auf Aszitesagar angelegt werden; zeigen sich hier für Gonokokken charakteristische Kulturen, so wird auf einfachen Agar überimpft, und wenn hier die gleichen Kulturen angehen, werden sie nicht als Gonokokken anerkannt. Überwiegt die Zahl der Eiterzellen im Ejakulat über die der im Prostatasekret enthaltenen, so ist daraus auf Entzündung der Samenblasen zu schließen.

Digitized by Google

The Treatment of Epididymitis by the Subperiosteal Injection of Turpentine. With Report of Fifty Cases (Die Behandlung der Epididymitis mit subperiostalen Terpentineinspritzungen. Mit einem Bericht über 50 Fälle), von John O. Rush-Mobile, Alabama. S. 581. Die Erfolge übertrafen die mit anderen Methoden erzielten, Krankenhausaufenthalt konnte wesentlich eingeschränkt werden. Auch traumatische Epididymitiden wurden günstig beeinflußt. Für die Ausführung wird die Innehaltung der Klingmüllerschen Originalvorschrift gefordert.

The Abortive Treatment of Acute Gonorrheal Prostatic Abscess (Die Abortivbehandlung des akuten blennorrhoischen Prostataabszesses), von A. J. Greenberger und M. E. Greenberger-New York City. S. 585. Diathermie (aktive Elektrode im Rektum) wird als wirksamstes Mittel bei akuter Prostatitis und der Abortivbehandlung des akuten Prostataabszesses empfohlen.

Protective Shield for Urethral and Urethro-Vesical Irrigation (Schutzschild für Harnröhren- und Harnröhren-Blasenspülungen), von S. J. Sinkoe-Atlanta, Georgia. S. 585.

Dermatitis Medicamentosa-Phenolphthalein (Medikamentöse Dermatitis infolge von Phenolphthalein), von C. P. Bondurant-Oklahoma City, Oklahoma. S. 586. Bei der großen Verbreitung der Phenolphthaleinpräparate als Abführmittel werden schädigende Nebenwirkungen häufiger beobachtet. Das Zustandekommen der Hauterscheinungen ist noch nicht geklärt, jedenfalls handelt es sich um eine Idiosynkrasie. Die Erscheinungen bestehen in polymorphen pigmentierten Flecken, in deren Zentrum bisweilen Bläschenbildung, die unter Umständen in oberflächliche Ulzeration übergehen kann; diese ist beim Auftreten im Munde und an den Genitalien die Regel.

Intensive Water Cooled Quartz-Light Therapy (Intensive Behandlung mit der Wasserkühlungs-Quarzlampe), von H. C. L. Lindsay-Vancouver, B. C., Kanada. S. 589.

Ovaralgia Erotica, von M. Porosz-Budapest. S. 592. Bei Frauen, deren sexuelle Bedürfnisse infolge von vorzeitiger Ejakulation des Mannes nicht genügend befriedigt werden, zeigten sich schmerzhafte, zunächst vorübergehende, dann durch mehrfache Wiederholungen stationär bleibende Empfindungen an den Ovarien, die im übrigen frei von pathologischem Befunde sind. Die Behandlung muß ihren Angriffspunkt bei dem Manne suchen.

Congenital Sexual Frigidity in the Male. With Case Report (Angeborene sexuelle Kälte des Mannes. Mit Bericht eines Falles), von W. B. Dakin-Los Angeles, Cal. S. 593. Bei zwei Brüdern fand sich in ganz gleicher Weise ein völliger Mangel geschlechtlichen Verlangens, obwohl keine Impotenz bestand und beide auch in der Ehe Kinder gezeugt hatten. Beim Koitus kaum Orgasmus. Es handelt sich jedenfalls um eine angeborene endokrine Störung.

Congenital Syphilis (Kongenitale Syphilis), von V. M. Long-Winston-Salem, N. C. S. 594. Das Collessche und Profetasche Gesetz bestehen nicht mehr zu Recht. Jedes von einer syphilitischen Mutter geborene Kind sollte behandelt werden, ohne Rücksicht auf den serologischen Befund. Von klinischen Zeichen ist besonders verdächtig ständiges Untergewicht. E. Levin-Berlin.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

Jahrg. 2, 1926, Nr. 9/10

Hyperkératose généralisée avec cornes multiples et volumineuses. Transformations néoplasiques (Generalisierte Hyperkeratose mit multiplen und stark ausgebildeten Hornbildungen. Übergänge zu Neoplasien), von G. Milian. S. 471. Die von Darier übrigens bereits 1911 unter der Bezeichnung Erythrodermia hyperkeratotica veröffentlichte Erkrankung besteht seit Geburt, ist später stärker geworden und zeigt jetzt ein überaus eindringliches Bild. Außer Kopf und Händen ist alles befallen. Lange Hörner an einzelnen Stellen und besonders ein Tumor an der Schulter leiten über zum Bilde der malignen Neubildungen. Der Schultertumor war histologisch als spinozelluläres Epitheliom anzusprechen. Die übrige Haut reinigte sich auf Röntgenbehandlung. Von Interesse ist, daß der Wassermann stets schwach positiv war, was an Lues hereditaria denken ließ. Sehr gute Abbildungen des monströsen Falles sind der Arbeit beigegeben.

Digitized by Google

Granulome vénérien (Granuloma venereum), von F. Silva-Bahia (Brasilien). S. 480. Kasuistischer Beitrag zu dieser Erkrankung, die eine in den heißen Ländern vorkommende ulzeröse und überimpfbare venerische Infektion darstellt, hervorgerufen durch das Calymmatobakterium granulomatis.

Syphilis traumatique (Syphilis traumatica), von G. Milian. S. 496. Patient mit ausgedehnter Lues der Haut im Sekundärstadium hatte sich wegen einer anderen Affektion mit Schröpfköpfen behandeln lassen und bekam nun in charakteristischer Gestalt mächtige nässende Papeln und starkes Exanthem an den Schröpfstellen des Rückens.

Superinfection syphilitique: avortements répetés, syphilis récente, grossesse, traitement antisyphilitique, enfant vivant (Syphilitische Superinfektion: wiederholte Fehlgeburten, frische Syphilis, Schwangerschaft, antiluetische Behandlung, lebendes Kind), von G. Milian. S. 498. WR war beim Kinde vorläufig negativ, bei der Mutter nach wie vor stark positiv.

Les pâtes, les poudres (Die Pasten und die Puder), von Veyrières. S. 501. Verf. legt Wert auf die Feststellung, daß Pasten, entgegen der allgemeinen Anschauung, praktisch niemals porös noch permeabel seien. Die üblichen Puder, die mit Flüssigkeit zu weichen Mischungen verarbeitet werden, wirken nur dann absorbierend, wenn sie stark komprimiert werden. H. Lippert-Köln.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1926, Bd. 38, Nr. 11

On the Urticarial Reaction and its Physiological Meaning (Die Urtikariareaktion und ihre physiologische Bedeutung), von R. T. Grant. S. 425. Die als Urtikaria bezeichnete Veränderung der Haut muß als Ausdruck eines allgemeinen Verteidigungsmechanismus in der Haut gegen Insulte aller Art angesehen werden: mechanische, thermische, elektrische und gegen chemische Substanzen, wie Salz-, Milch- und Ameisensäure, Morphium, Atropin, Kantharidin usw. Alle diese Substanzen führen zu Gewebsschädigung und machen durch ihre Wirkung eine in allen Fällen identische Substanz frei, welche zum Mechanismus der Quaddelbildung führt; vielleicht handelt es sich bei dieser Substanz um Histamin, das ja, von allen chemischen Substanzen in stärkster Verdünnung gelöst, die Urtikariareaktion hervorbringen kann.

Aetiology of Urticaria (Ätiologie der Urtikaria), von J. G. Tomkinson-Glasgow. S. 431. Verf. nimmt eine angeborene Überempfindlichkeit an gegenüber vielen und verschiedenartigen Nahrungsstoffen, Arzneimitteln, Bakterientoxinen usw. Veränderung der Magen-Darmschleimhaut kann für die Resorption toxischer, im Verdauungskanal vorhandener Substanzen, wie des höchst giftigen Histamins, verantwortlich gemacht werden. Störungen des Stoffwechsels und Zurückhaltung von Zerfallsprodukten, wie sie bei Krankheiten innerer Organe vorkommen, spielen zweifellos eine wichtige Rolle bei der Bildung toxischer Stoffe. Auch physikalische Agentien, wie Licht, Hitze usw., kommen bei der Entstehung der Urtikaria in Betracht. Wenn solche physikalische Einwirkung auch andere Dermatosen als Urtikaria hervorrufen, so muß eben mit der anatomischen und physiologischen Verschiedenheit des menschlichen Körpers und mit der unendlichen Verschiedenheit von Vererbung, Gewohnheiten und Umgebung gerechnet werden.

Urticaria Factitia (Urticaria factitia), von P. B. Mumford-Manchester. S. 444. Urticaria factitia ist von erhöhter Temperatur der Hautoberfläche begleitet, wird in gleicher Weise bei Hypo- und Hyperthyreoidismus, wenn auch bei letzterem häufiger, beobachtet. Vorübergehende Urticaria factitia oft bei Vorhandensein anderer Hautkrankheiten. Quaddeln können auf der Haut auf mannigfachen Wegen — chemisch, mechanisch, thermisch — künstlich erzeugt werden, eines der geeignetsten chemischen Mittel ist Histamin (1:10000), das eines der Nebenprodukte der Darmgärung ist. Wichtige ätiologische Rolle der Schilddrüse wegen des Zusammenhanges der Hormone derselben mit dem oberflächlichen Gefäßsystem. Die Tatsache, daß erhöhte Oberflächentemperatur mit dem Auftreten von Urticaria factitia verbunden ist, kann zur Erklärung des vermehrten Ausbruchs beitragen, wie man ihn bei gewissen Personen während wärmeren Wetters und nach Körperbewegung, besonders wenn dieser von bestimmten Blutveränderungen begleitet ist, beobachtet. M. Stern-München.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Einige Versuche zum Grundvorgang der biologischen Strahlenwirkung, von Y. Nakashima-Fukuoka, Japan. (Strahlenther., 1926, Bd. 24, H. 1, S. 1.) In dem Gegensatz der beiden Anschauungen über die Strahlenwirkung als Ausfluß eines photochemischen Urvorganges oder verursacht durch die sog. Punktwärme, versucht Verf. die letztere experimentell zu stützen. In Globulinlösungen verschiedener Konzentration war sowohl nach Röntgenbestrahlungen als auch nach dem Kochen im Ultramikroskop eine starke Vermehrung kleiner, in Brownscher Bewegung befindlicher Teilchen zu beobachten. Die Teilchen vergrößern sich allmählich im Verhältnis der Bewegungsabnahme. Dieser ersten Welle, deren Eintritt sich in den Versuchen nur zeitlich, nicht aber grundsätzlich von einer gewissen Höhe der Dosis oder einer bestimmten Wellenlänge der absorbierten Strahlen abhängig war, folgt ein zweites und ein drittes Maximum. Der weitere Verlauf wurde nicht beobachtet. Die absorbierte Strahlenenergie beeinflußt die Dauer des Trübungs- und Ausflockungsprozesses, der so bis zu 2 Tage in Anspruch nehmen kann. Die Trübung ließ keinen wellenförmigen Verlauf erkennen. Bestrahlungsversuche (mindestens 100 HED) an Speicheldrüsenzellen von Schnecken schienen eine etwas lebhaftere Bewegung der Körnchen in den Zellkernen auszulösen; die Zahl der Kerne, die kleine Teilchen in Brownscher Bewegung enthielten, schien vermehrt. Die Aufquellung der Zellen war anscheinend in ihrer Intensität abhängig von der Art des Mediums, worin sich diese Vorgänge abspielten. Ausgiebig bestrahlte Amöben zeigten eine deutliche Größenzunahme des Einzelindividuums und typische Brownsche Bewegung zahlreicher Teilchen in den Zellen. Die herabgesetzte Teilungsgeschwindigkeit war nach 5 Tagen etwa wieder normal. Diese Versuche am Lebenden widersprechen zwar nicht der Punktwärmetheorie, aber sie bestätigen sie auch nicht. Das Sichtbarwerden der Teilchen erklärt Verf. aus Wärmebewegungen kleinster Körperchen, die nach einer hinreichenden Zahl von Bewegungen und Koagulationen innerhalb gewisser Einwirkungszeiten — der Latenzzeit — sichtbar werden. Die zufallsmäßige Verteilung der Energiedepots bei der Absorption erlaubt nicht ein gleichzeitiges Sichtbarwerden der kleinsten Teilchen. Verschiedene Arten Eiweiß mit ihrem verschiedenen Molekulargewicht und verschiedenen Aufbau, mit ihren verschiedenen Bewegungen werden verschiedene Latenzzeiten aufweisen und so vermutlich nicht gleichzeitig sichtbar werden können. Verf. hält die Hypothese der Denaturierung des Eiweißmoleküls für einen, wenn auch nicht den einzigen Fundamentalvorgang der biologischen Strahlenwirkung. Die an die Denaturierung sich anschließende Aggregatbildung und Trübung im Anschluß an die Bestrahlung wurde in ihrer Nachahmung durch die vorsichtige Erwärmung der Globulinlösungen von unten, wobei die Maxwellsche Verteilung, die mit der Punktwärme analoge Erscheinungen liefern muß und tatsächlich liefert, zur Stütze für die Annahme der Punktwärmehypothese.

E. Kottmaier-Mainz.

Die Reaktionen der bösartigen Tumoren auf verschiedene Röntgenstrahlenquanten, von E. Biró-Davos-Platz. (Gyógyászat, 1926, Nr. 7.) Beschreibung von 7 Fällen, wo die angewendete Strahlung als Reiz wirkte. Die Tumoren wuchsen schleunigst bis lebensgefährdend an Größe und verkleinerten sich fast bis zum Verschwinden auf größere Strahlenquanten. Der 8. Fall ist der Verf. selbst. Er erlitt Röntgenschädigungen auf seinen Fingern, welche nach größeren Dosen (Holzknecht) rasch heilten. Die beigefügten Krankengeschichten sind sehr instruktiv.

M. Porosz-Budapest.

Röntgenbestrahlung und Entzündung, von L. Heidenhain-Worms. (Strahlenther., 1926, Bd. 24, H. 1, S. 37.) Erfolge der Röntgenbestrahlung bei tuberkulösen Leiden basieren auf Lokal- und Allgemeinwirkung. Letztere tritt schneller ein und ist von ungleich größerer Bedeutung. Auch bei der Röntgenbehandlung akuter Entzündungen geht die Besserung des Allgemeinbefindens der Abheilung des örtlichen Prozesses voraus. Das schnelle Schwinden des Intoxikationszustandes läßt sich durch einen Abbau der Bakteriotoxine zu ungiftigen chemischen Körpern durch die Röntgenstrahlen erklären. Verf. referiert über 885 Fälle im Verlauf von 4 Jahren. Von den eitrigen Entzündungen reagierten am besten Gesichtsfurunkel mit einer Heilungs-

Digitized by Google

quote von 100%. Lymphangitis mit oder ohne Drüsenschwellung schwindet meist innerhalb 24—48 Stunden. Postoperative Pneumonien wurden mit kleinen Dosen (50—120 R Primärstrahlen) mit großem Feld über dem erkrankten Lungenlappen bestrahlt. Überraschend gut ist die Allgemeinwirkung. Der örtliche Prozeß kommt meist erst in 8—14 Tagen zur Heilung. Sehnenscheidenphlegmone soll man nur bestrahlen, solange mit Sicherheit keine Eiterung besteht. Peritonitis, sofort nach der Entleerung des Eiters bestrahlt, gibt günstige Resultate. Außerordentlich gut reagiert Angina phlegmonosa. Bei Erysipel gilt es, gleich ein großes Feld weit im Gesunden zu bestrahlen. Panaritien, Orchitis, Epididymitis, Mastitis acuta und Parotitis heilen, wenn sie frühzeitig zur Bestrahlung kommen. Resteiterungen nach Peritonitis und Appendizitis versiegen oft nach einer einzigen Bestrahlung. Bei akuter Osteomyelitis muß immer zuerst operativ geöffnet werden. Auch bei einigen lobären Pneumonien, die sich nicht lösen wollten, wurden gute Resultate erzielt. Sehr mäßig sind die Ergebnisse bei Stirnhöhlen- und Kiefereiterungen sowie Otitis media. Sepsis zeigte in einigen Fällen Besserung, wenn der Ausgangsherd erfaßt werden konnte. Bestrahlungstechnik: 140 KV max., 8 MA, Filter: $\frac{1}{2}$ Zn + $\frac{1}{2}$ Al. Eine oberste Grenze muß unbedingt festgehalten werden. Es empfiehlt sich, das Feld möglichst groß zu nehmen. An den Extremitäten wird ohne Abgrenzung bestrahlt.

E. Kottmaier-Mainz.

Die Röntgentherapie der entzündlichen Erkrankungen in der Gynäkologie, von G. A. Wagner, Dtsch. Univ.-Frauenkl. Prag. (Strahlenther., 1926, Bd. 24, H. 1, S. 52.) Zwei Wege gibt es für die Röntgenbehandlung von Entzündungen der weiblichen Geschlechtsorgane: der eine (ältere) will die Besserung des lokalen Leidens durch dauernde oder zeitliche Sterilisierung erreichen, der neuere strebt eine direkte Einwirkung der Strahlen auf den Entzündungsherd selbst an. Dabei werden die Dosen so klein genommen, daß ein Effekt auf die Keimdrüsentätigkeit vermieden wird. Diese Schwachbestrahlung findet Anwendung bei diffuser Peritonitis, lokalisiertem eitrigem Douglasexsudat, bei Pelveoperitonitis blennorrhoica acuta, Entzündungen der Adnexe, Parametritis, bei Ekzema vulvae, Intertrigo, Pruritus, bei spitzen Kondylomen, Elephantiasis, Bartholinitis. Auch auf die Zystitis hat Verf. sie ausgedehnt. Schließlich wurden noch Versuche mit Puerperalsepsis gemacht. Die Indikation ist immer dort gegeben, wo eine konservative Behandlung in Frage kommt. Bei Hydrosalpinx, Pyosalpinx und Pyovarium ist die Strahlenbehandlung abzulehnen. Technik der Bestrahlung ist bei Erkrankungen im Becken folgende: 180—200 KV, 3 MA, FStr 45½ cm, Filter: 0,5 Zn mit ½—1 mm Al. In 6—10 Minuten wurden so 150—200 R verabfolgt. Bei großen entzündlichen Tumoren Fernfeld 40—50 FHA. Selten war mehr als eine Bestrahlung erforderlich. Die eventuellen Intervalle betrugen mindestens 10 Tage. Besondere Vorsicht bei diffuser Peritonitis! Bestrahlungstechnik bei Zystitis: Filter wie oben, FHA 23 cm, 1 Feld oberhalb der Symphyse, 25% HED, dazu eventuell ein Vulvafeld, $\frac{1}{6}$—$\frac{1}{5}$ der HED. Bei Trigonumzystitis Vulvafeld allein, $\frac{1}{3}$ HED; bei Ekzema vulvae, Intertrigo, Pruritus Filter 0,5 Al, FH 30—50 cm, 3mal $\frac{1}{3}$ HED in einwöchigen Intervallen. Serienwiederholung in 6—8 Wochen; bei spitzen Kondylomen FH 30—50, $\frac{2}{5}$—$\frac{1}{2}$ HED 2mal in 8—10 Tagen. Zweimalige Wiederholung nach 6—8 Wochen; bei Bartholinitis 3 mm Al, $\frac{1}{3}$ HED, 1- bis 2mal. Erfolge größtenteils sehr gut, am besten bei blennorrhoischen Beckenerkrankungen. Die Blennorrhoe selbst konnte nicht beeinflußt werden. Die Strahlenbehandlung wurde mit Proteinkörpertherapie kombiniert.

E. Kottmaier-Mainz.

Über Röntgenbehandlung der Neuralgien, von Aug. Müller, Med. Univ.-Kl. Rostock. (M. m. W., 1926, Nr. 46, S. 1915.) Das Ganglion wird mit einem vollwertigen Tiefentherapieinstrumentarium bestrahlt. Temporales Feld von 4 × 3 cm, 30% der HED. Die Wellenlänge soll einer Spannung von 182 KV entsprechen. Fokus-Hautabstand 30 cm, Filter 0,5 mm Zn + 1 mm Al. Die hiermit erzielten Erfolge sind gut. Der Verf. rät, vor jeder chirurgischen Behandlung einen Versuch mit der Strahlentherapie zu machen.

J. Callenberg-Horst-Emscher.

Ein neues Behandlungsverfahren akroangioneurotischer Affektionen, von J. Borak, Ztrl.-Röntgeninst. Allg. Krkhs. Wien. (Kl. W., 1926, Nr. 39, S. 1830.) Erfolgreiche Behandlung durch Röntgenbestrahlungen des zugehörigen Rückenmarksabschnittes bei Krankheitserscheinungen, die in das Gebiet der Akroparästhesien, des intermittierenden Hinkens, des Morbus Raynaud und der trophischen Störungen als Folge von Diabetes, Arthropathie, Atherosklerose gehören. Demnach käme die

Digitized by Google

Rückenmarksbestrahlung hauptsächlich bei solchen Krankheiten in Frage, die man bisher mit der periarteriellen Sympathektomie zu behandeln versucht hat. Man muß aus den positiven Ergebnissen der Bestrahlungswirkung aber auch noch den Schluß ziehen, daß es sich bei diesen Krankheitszuständen nicht um periphere nervöse Störungen, sondern auch um solche spinaler resp. zentraler Natur handelt. Es wurden drei Bestrahlungen im Abstand von einer Woche vorgenommen und notwendigerweise nach 4 Wochen diese Serie nochmals wiederholt. Gegeben wurde $^1/_3$ HED bei 0,5 mm Zinkfilter, 170-KV-Spannung max., 30 cm Fokus-Hautabstand.

E. Langer-Berlin.

Zur Kasuistik der Hautschädigungen durch Röntgenstrahlen, von St. Simon, I. Univ.-Frauenkl. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 46, S. 1332.) Der Verf. teilt die Schädigungsursachen in physikalisch-technische und persönliche. Zur Vermeidung der ersteren ist eine genaue Kontrolle der Apparatur und des Personals erforderlich. Die letzteren lassen sich nicht jederzeit vermeiden, da der Begriff der Strahlenidiosynkrasie noch nicht genügend geklärt ist. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Über strahlentherapeutische Sensibilisierung mittels Senföl, von G. Schwarz-Wien. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 4, S. 702.) Durch Senföl werden zwei zeitlich getrennte Hauterytheme hervorgerufen. Eine Frühreaktion, die nach 5 Minuten beginnt, um dann nach 1—2 Stunden wieder zu verschwinden, und eine Spätreaktion, die nach 5 Stunden einsetzt, um dann nach 24 Stunden abzuklingen. Diese Ähnlichkeit mit der Erythementstehung nach Röntgenstrahlung benutzt Verf., um das Senföl auf seine Sensibilisierungsfähigkeit zu prüfen. Es gelingt ihm zu zeigen, daß durch Bestrahlung mit Senföl vorbehandelter Haut eine beträchtliche Steigerung des Röntgenspäterythems erfolgt. Da Senföl eine hohe Eindringungskraft ins Gewebe besitzt, kann es zur Sensibilisierung von Tumoren auch größerer Schichtdicke verwendet werden. W. Curth-Berlin.

Zur Kombination der Röntgenbestrahlung mit intravenösen Dextroseinjektionen in der Therapie des Karzinoms, von E. G. Mayer, Ztrl.-Röntgeninst. Allg. Krkhs. Wien. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 4, S. 604.) Verf. versuchte die Röntgenstrahlenwirkung auf das Karzinom durch intravenöse Dextroseinjektionen zu verstärken. Er bediente sich hierzu des Osmons, einer 30—50%igen eiweißfreien, sterilen Dextroselösung in Ampullen aus dem Pharmazeutischen Institut Phiag-Wien. Der Prozentsatz jener Fälle, die auf die Bestrahlung mit einer deutlichen Besserung reagierten, war bei der kombinierten Therapie wesentlich größer als bei alleiniger Bestrahlung. Auch wurde eine weit schnellere Rückbildung der Tumoren beobachtet. Die Frühreaktion war manchmal sehr heftig. Auffallend häufig fanden sich entzündliche Komplikationen (Pneumonien, Neuritis optica, Otitis media, infektiöse Polyarthritis). Manche dieser Komplikationen traten direkt im Anschluß an die Behandlung auf. Verf. kommt zum Schluß, daß die Reaktion der Karzinome auf die Bestrahlung in Verbindung mit intravenösen Dextroseinjektionen keine prinzipiell andere ist als bei alleiniger Bestrahlung. Infolge höherer Empfindlichkeit der Karzinomzellen spielen sich die Vorgänge nur rascher ab, und man kann schon mit kleineren Dosen den Rückgang des Tumors erzielen. E. Kottmaier-Mainz.

Komptoneffekt bei tiefentherapeutischen Bestrahlungsbedingungen, von B. Rajewski, Univ.-Inst. f. physikal. Grundlagen der Medizin, Frankfurt a. M. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1926, Bd. 35, H. 2, S. 262—269.) Unter den tiefentherapeutischen Bestrahlungsbedingungen findet mit genügender Intensität mehrfache, etwa 3—4fache Streuung statt, der entsprechend ein mehrfacher Komptoneffekt auftritt. Bei diesem ändern sich nicht nur die Wellenlängen des Strahlungsgemisches im engeren Sinne, sondern auch die ganze Qualität des Gemisches im therapeutischen Sinne. Die Größe der Wellenlängenänderung hängt von der Lage des bestrahlten Punktes und den Bestrahlungsbedingungen ab. Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit, die technische Schwäche im Bau der Röntgenröhren zu überwinden und die praktisch verwendbaren Röntgenstrahlen immer weiter den Radiumstrahlen anzunähern. Ferner ist eine Dosierung durch physikalische Messung an der Stelle der Strahlenwirkung selbst erforderlich und eine direkt bestimmbare biologische Reaktion zugrunde zu legen. E. Levin-Berlin.

Röntgendosierung in der Praxis, von G. Holzknecht-Wien. (M. m. W., 1926. Nr. 46, S. 1913.) Der Verf. empfiehlt für die Praxis die Dosierung nach Zeit bei idealer Konstanz des Betriebes. Im anderen Falle die Dosierung nach Sabouraud und Zeit. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Digitized by Google

Zur Beeinflussung der Dosis in der Röntgenoberflächentherapie durch die Schwankungen der Netzspannung, von V. Wucherpfennig-Münster i. W. (Kl. W., 1926, Nr. 21, S. 942, und Strahlenther., 1926, Bd. 22, H. 1, S. 172.) Siehe Dermatologische Wochenschrift, 1926, Bd. 83, Nr. 32, S. 1185.

Über eine neue Methode der Filtersicherung und einer Ventilation der Röntgenröhre bei therapeutischen Bestrahlungen, von S. Singer, II. Med. Univ.-Kl. Wien. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1926, Bd. 35, H. 2, S. 240—242.) Rolljalousieartiger Schieber aus Messinglamellen, der verhältnismäßig einfach anzubringen ist und sich selbsttätig vor das Bestrahlungsfenster legt, sobald das Filter nicht vorschriftsmäßig eingelegt ist. Ferner Vorrichtung, um der übermäßigen Erwärmung, die im Röhrenkasten bei Filterbestrahlungen leicht auftritt, mit Hilfe einer Ventilation vorzubeugen. E. Levin-Berlin.

Eine neue Milliampèremeterbeleuchtung, von W. Nölke, Städt. Röntgen- und Lichtinst. Bürgerhospital Köln. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1926, Bd. 35, H. 2, S. 282.) Beschreibung mit Abbildung. E. Levin-Berlin.

Thorium X (Doramad) in der Dermatologie, von D. Oláh-Debreczen. (Orvosi Hetilap, 1926, Nr. 6.) Die besten Erfolge gaben Lupus erythematodes, Psoriasis vulg., Neurodermie, Ekzema chron. und Dermatitis. Die beiden letzten, besonders die Herkunft nach Stoffwechselstörungen. Zwei Naevi flammei heilten gänzlich (von 4 Fällen). Granulosis rubra nasi und Acne rosacea gaben ziemlich gute Resultate mit lang anhaltenden Pigmentationen. Bei Follikulitiden und Furunkulose war fast nichts zu erreichen. Tumoren und Lupus vulgaris sollen ganz ausgeschlossen bleiben. Die Salbe (1000 E) ist auf Billrothbatist 2 mm dick aufzuschmieren und auf 2—3 Tage liegenzulassen. Die Alkohollösung soll auch 1000 E besitzen und mit Wattestäbchen auf die gewünschten Stellen gestrichen werden. M. Porosz-Budapest.

Über Behandlung von Röntgenulzera mit Thorium X (Degea, früher Doramadsalbe) und Radium. II. Mitteilung, von J. Fabry, Hautklin. Städt. Krankenanst. Dortmund. (M. Kl., 1926, Nr. 49, S. 1891—1892.) Der früher (M. Kl., 1925, Nr. 40, ref. diese Wschr., 1926, Bd. 82, S. 78) mitgeteilte Fall ist inzwischen vollkommen geheilt. Des weiteren wurden verschiedene Röntgenulzera durch Degeasalbe geheilt. Die Zahl der Einheiten in der Degeasalbe ist so gering, daß Schädigungen ausgeschlossen sind. Zwischen den Applikationen sollen Pausen von 3—4—6 Wochen liegen, dazwischen Salbe von Ichthyol 5,0, Ung. zinc. 50,0, Ung. boric. 45,0. Ferner Bäder und Umschläge mit Resorzin 0,2% in Kamillenaufguß, zur Beförderung guter Granulationen Argent. nitr. 0,5—1,0 : Spir. rectif. 10,0. Die mit Gaze und wasserdichtem Stoff bedeckte und fixierte Degeasalbe bleibt 2—3 Tage liegen. Erfolge sind nur bei leichteren Graden der Röntgenschädigung zu erwarten, schwerere erfordern stärkere Präparate. Ein Frühsymptom einer sich entwickelnden Röntgenschädigung sind heftige Neuralgien in dem bestrahlten Gebiet. E. Levin-Berlin.

Hodgkin's Disease with Especial Reference to its Treatment by Irradiation (Hodgkinsche Krankheit mit besonderer Berücksichtigung der Strahlenbehandlung), von C. F. Burnam-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 18, S. 1445.) Die Ursache der Krankheit steht noch keineswegs fest, weder das regelmäßige Vorkommen von Tuberkelbazillen noch von Diphtheroidbazillen hat sich bestätigt. Manchmal tritt die Erkrankung nach Operationen an den Tonsillen oder der Nase auf, und zwar vorwiegend mit Beginn im Nacken. Wirksamer als Röntgentiefenbestrahlung sind Radiumbestrahlungen, wozu aber mindestens 150 mg Radium verwandt werden müssen. Bei geringer Ausdehnung der Krankheit kann mit wenigstens 500 mg die Bestrahlung in einer Sitzung erledigt werden. Im allgemeinen muß aber öfter bestrahlt werden. Fast ebenso gute Resultate können auch mit Röntgenstrahlen erzielt werden. F. Rosenthal-Berlin.

Zur Diathermie-, Quarz- und Solluxlampenbehandlung, von O. Hoche und B. Pfab, I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 50, S. 1451.) Diathermie wird angewandt als Kaltkaustik bei Tumoren, Warzen, Naevi, Keloiden, Tätowierungen, zur Blutstillung. Dagegen ist vor diathermischen Bauchhöhlenoperationen wegen zu großer Nekrosenbildung der Umgebung zu warnen. Als „konservative" Diathermie Anwendung bei Arthritiden, Tendovaginitis, Lumbago u. a. m. Quarzlampe und Höhensonne ersetzen zusammen die Hochgebirgssonne. H. Colman-Berlin.

Digitized by Google

Schweißdrüsen, Talgdrüsen

Ein Fall von Hyperidrosis gravidarum, von R. Pohl, Reichenberg. (Zbl. f. Gyn., 1926, Nr. 43, S. 2767.) 31jähr. I-para, die in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft eine derartige Steigerung der Schweißsekretion aufwies, daß ihre Leib- und Bettwäsche mehrmals täglich gewechselt werden mußte, die Strümpfe sogar stundenweise. Innerhalb der ersten 24 Stunden post partum trat eine deutliche Abnahme der Hyperidrosis auf, um nach einem halben Jahre fast völlig zu verschwinden. Wichtig ist, daß während der ganzen Zeit die Nierenfunktion vollkommen intakt war, und daß auch noch einige andere Mitglieder derselben Familie unter vermehrter Schweißabsonderung litten. Verf. meint, daß diese enorme Steigerung einer anscheinend vererbbaren Hyperidrosis vielleicht als eine Form der Schwangerschaftstoxikose aufgefaßt werden kann. F. Landauer-Berlin.

Une forme particulière de l'hyperhidrose locale de la face (Eine besondere Form von lokaler Hyperidrosis des Gesichts), von A. Trioumphoff. (Presse méd., 1926, Nr. 86, S. 1350.) Genaue Untersuchungen an 14 Fällen, in denen bei jedem Kauakt alsbald oder nach wenigen Minuten eine lebhafte Absonderung von Schweiß bei leichter Rötung der Haut an der einen Gesichtshälfte auftrat. Das Absonderungsgebiet betraf in erster Linie die Parotisgegend, erstreckte sich aber bis an die Schläfen und an den Horizontalast des Unterkiefers. Die Störung ist auf entzündliche Vorgänge im Gebiet der Parotis zurückzuführen. Bei allen 14 Fällen war Abszedierung der Drüse vorangegangen. Bei 9 Kranken hatte sich der Abszeß im Anschluß an Typhus exanthematicus entwickelt. Offenbar sind von Nervenstämmen betroffen das Gebiet des N. auriculo-temporalis des 3. Astes des Trigeminus und der Ramus auricularis des Plexus cervicalis. Ein Fall konnte durch Resektion dieses Astes geheilt werden. Atropin ist wenig erfolgreich. Die lokale Applikation eines Mineralschlammes (der nicht näher beschrieben ist) war bei 2 Fällen erfolgreich.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung der Schweißdrüsenabszesse, von O Hoche und P. Moritsch, I. chir. Univ.-Kl. Wien. (D. Zschr. Chir., 1926, Bd. 199, H. 3/5, S. 326—329.) In akuten Fällen ist chirurgisch vorzugehen: Beschleunigung der Einschmelzung, Inzision und Exzision, Exkochleation, Verschorfung der Ränder mit dem Paquelin. Bei chronisch rezidivierenden Fällen Kombination mit Autovakzine, die die Erfolge der Röntgenbehandlung übertrifft. E. Levin-Berlin.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Das Franksche Phänomen und der „intrakutane Venenbüschel am Oberschenkel", von J. S. Galant-Moskau. (Anat. Anz., 1926, Bd. 62, Nr. 4/6, S. 93.) Bei Phthisikern ist nach Frank in der Gegend des 7. Hals- und der oberen Brustwirbel ein mehr oder weniger deutliches intrakutanes Venennetz zu sehen. Erklärt wird dieses Phänomen durch mit der Tuberkulose in Zusammenhang stehenden Blutstauungen. Verf. konnte bei Untersuchung von Phthisikern dieses Phänomen immer nachweisen. In Anlehnung an die Franksche Erklärung des intrakutanen Venennetzes bei Phthisikern glaubt Verf. seine frühere Vermutung (s. Derm. W., 1926, Bd. 83, S. 1998), wonach „der intrakutane Venenbüschel am Oberschenkel" der Frauen eine Teilerscheinung der bei Frauen so häufigen Blutstauung an den unteren Extremitäten ist, bestätigt zu finden. Die Novaksche Ansicht, wonach es sich um ein sekundäres weibliches Geschlechtsmerkmal handeln soll, wird strikte abgelehnt.
A. Holländer-Bielefeld.

Über Kapillarbeobachtungen bei Hämophilie und anderen hämorrhagischen Diathesen, von F. v. Bernuth, Univ.-Kinderkl. Jena. (D. Arch. f. kl. Med., 1926, Bd. 152, H. 5 u. 6, S. 321.) Während normalerweise angeschnittene Kapillaren ihren Inhalt entleeren und dann anscheinend durch Kontraktion verschwinden, war dieses Symptom bei 2 Fällen von nichterblicher Hämophilie nicht zu beobachten, sondern die Kapillaren dilatierten sich sogar in einem Falle nach der Verletzung. Dieses paradoxe Verhalten der Kapillaren wird mit einer Veränderung der Erregbarkeit des autonomen Gefäßnervensystems erklärt. Bei der echten hereditären Hämophilie und der Werlhofschen Krankheit verhalten sich die Kapillaren normal.
F. Rosenthal-Berlin.

Über „Purpura"-Erkrankungen bei Frauen, von W. David, II. Inn. Abt. Städt. Krkh. Friedrichshain in Berlin. (M. Kl., 1926, Nr. 46, S. 1755—1756.) In auf-

Digitized by Google

fallend gehäufter Weise traten bei Frauen Erkrankungen auf mit Blutungen am Zahnfleisch, Schleimhäuten, Haut, die zum Teil unstillbar waren und zum Exitus führten, zum Teil nur Petechien und Suggillationen darstellten, die sich, ohne dauernde Schädigungen zu hinterlassen, zurückbildeten. Die Fälle gehören zu den hämorrhagischen Diathesen im engeren Sinne, ihre Ursache muß in innersekretorischen Vorgängen gesucht werden. Eine sichere Einordnung in das System erscheint schwierig, klinisch stehen die Fälle sicher dem Morbus Werlhofii nahe; auffallend ist dabei allerdings der akute Beginn, das gehäufte Auftreten, die der im allgemeinen guten Prognose des Morbus Werlhofii entgegenstehende Zahl der Todesfälle. Die für diese Krankheitsform charakteristische Thrombopenie trat erst im Verlauf der Erkrankung in die Erscheinung. E. Levin-Berlin.

Acrodynia in Adults (Akrodynie bei Erwachsenen), von C. J. White-Buffalo. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 14, S. 1092.) Zwei Fälle, einer ausführlich beschrieben. 52jähr., schlecht genährter Pat., der neben erythematösen, nässenden Schwellungen der Handflächen, Fußsohlen und des Gesichts sowie einem makulopapulösen Exanthem auf dem Rumpf katarrhalische Veränderungen der Mund- und Nasenschleimhaut aufwies. Die Behandlung war rein symptomatisch und führte in wenigen Wochen zur Heilung. Die histologische Untersuchung ergab ödematöse Veränderung des Koriums, besonders in den papillären und subpapillären Regionen sowie um die Gefäße herum, begleitet von einer mäßigen Fibrinausscheidung und einer Vermehrung der Lymphozyten. Die Ätiologie der Erkrankung ist unbekannt. Infektion, besonders von seiten des Respirationstraktus, Unterernährung, Veränderungen des Nervensystems und Darmstörungen werden als Ursache angesehen.
B. Peiser-Berlin.

Sur le rôle étiologique des traumatismes répétés dans certaines artérites oblitérantes (Über die ätiologische Bedeutung von wiederholten Traumen bei gewissen obliterierenden Arteriitiden), von P. P. Ravault und J. de Girardier. (Presse méd., 1926, Nr. 90, S. 1413.) 34jähr. Mann, der von Jugend auf wegen einer mit 18 Monaten durchgemachten spinalen Kinderlähmung der linken unteren Extremität sich einer Krücke bediente. Schmerzen am linken Handgelenk sowie alsbald folgende ödematöse Schwellung, bläuliche Verfärbung und Lähmung des Armes. An den Fingerspitzen bald darauf Gangrän, die sich weiter ausbildete und die Amputation der Extremität am oberen Drittel des Oberarmes erforderlich machte. Genesung. Es fand sich eine die A. axillaris und einen Kollateralast derselben betreffende frische Thrombose, ferner eine erhebliche Verdickung der Adventitia mit enormer Wucherung von Fibroblasten und vielen Mitosen. In der Tunica media fielen mehrere stark Hämatein annehmende Körperchen auf, anscheinend die degenerierten Kerne von polynukleären Zellen, welche vielleicht mit der Entstehung des Thrombus in Verbindung stehen. An den Venen alte interstitielle Sklerose, keine Endophlebitis. Die Nerven wiesen eine Verdickung des Perineuriums auf.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Quelques remarques cliniques au sujet de l'étiologie des varices; rôle des glandes génito-hypophysaires (Einige klinische Bemerkungen zur Frage von der Ätiologie der Varizen; die Rolle der sexuellen Drüsen und der Hypophyse), von L. Gaugier. (Presse méd., 1926, Nr. 92, S. 1442.) Verf. nimmt an, daß die Erhaltung des normalen Tonus abhängig ist von den Absonderungen von endokrinen Drüsen, speziell der Ovarien und der Hypophyse. Auffallend ist, wie oft bei Frauen die Entstehung von Varizen sich an die Vorgänge der Sexualentwicklung, Menstruation, Gravidität, Menopause, anschließt. Beim Manne trifft dies allerdings weniger zu; aber für eine Mitwirkung der Hypophyse sprechen Beobachtungen von G. über ein häufiges Zusammentreffen von Varizen mit Anzeichen von Akromegalie. Auf hormonale Einflüsse bzw. auf Fehlen derselben deutet auch der Umstand, daß das Auftreten von Varizen an den Beinen so häufig mit Varikozele, mit Varizenbildung im Ösophagus und mit Hämorrhoiden vergesellschaftet ist, was eben auf eine allgemeine Hypotonie der Wandung des ganzen Venensystems deutet.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dürfen wir Krampfadern thrombosieren?, von E. Stotzer-Bern. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 44, S. 1076—1077.) Aus dem Studium der anatomischen Verhältnisse ergibt sich, daß auf das oberflächliche Venensystem verzichtet werden kann. Der Rückfluß des Blutes zum Herzen erfolgt durch die tiefen Unterschenkelvenen,

Digitized by Google

Krampfadern und Varizen wirken ungünstig auf diese Tätigkeit ein. Außerdem wirkt das Krampfaderblut toxisch auf die Gewebe, führt zu Ernährungsstörungen.
E. Levin-Berlin.

Ist die künstliche Thrombosierung varikös entarteter Beinvenen ohne vorherige Ligatur der Vena saphena zulässig?, von M. Hirsch-Wien. (W. kl. W., 1926. Nr. 45, S. 1310.) Verf. verneint diese Frage, da sich auch noch nach längerer Zeit die künstlich erzeugten Thromben lösen und zur Embolie führen können. Polemik gegen Nobl in dem Sinne, daß Verf. auf dem Standpunkt steht, daß nach kunstgerechter Unterbindung das Blut oberhalb der Unterbindung flüssig bleibt und nicht zu lose flottierenden, sich später loslösenden Gerinnungsthromben führt.
H. Colman-Berlin.

Entgegnung zu obiger Darstellung, von G. Nobl. (W. kl. W., 1926, Nr. 45, S. 1310.) Die Diskussion entstand im Anschluß an einen Todesfall, der nach Ansicht Nobls postoperativ nach Hämorrhoidenoperation entstanden ist, zumal das Operationsgebiet nicht aseptisch gewesen wäre. Verf. sieht aus dem Sektionsprotokoll die Richtigkeit seiner Anschauung bewiesen, zumal aus diesem die Festigkeit des künstlichen Varizenthrombus hervorgeht. Er glaubt, daß die Venenunterbindung eben meist nicht so ideal ausgeführt werden kann, wie Hirsch sie wünscht.
H. Colman-Berlin.

A Lecture on Injection-Treatment of Varicose Veins and their Sequelae (Eczema and Ulcus cruris), Clinically and Experimentally (Klinischer und experimenteller Beitrag zur Injektionsbehandlung der Krampfadern und ihrer Folgen, Ekzem und Ulcus cruris), von V. Meisen-Kopenhagen. (Acta Chir. Scand., 1926, Bd. 60, H. 4/5, S. 435.) Einspritzungen einer 20—30%igen Lösung von Natrium salicylicum hatten gute Erfolge, Embolien wurden nicht beobachtet. Unter den üblichen Kautelen werden 2—10 ccm der Lösung injiziert. Um Nekrosen durch ein eventuelles Herausfließen der hypertonischen Lösung zu neutralisieren, werden im Anschluß an die Injektion etwa 10 ccm physiologischer NaCl-Lösung in die Umgebung des Knotens gespritzt. Druckverband auf die Injektionsstelle. Wiederholung der Einspritzung nach 2 bis 3 Tagen.
F. Landauer-Berlin.

Die Calorose als Verödungsmittel varikös entarteter Venen, von G. Nobl, I. Derm. Abt. Allg. Polikl. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 42, S. 1217.) Gute Erfolge mit Injektion von 50%iger Calorose-Lösung. Die Reizwirkung hält sich stets in den gewünschten Grenzen, und es kommt durch die osmotisch bedingten Zustandsänderungen und die daraus resultierende Schädigung der Intimazellen rasch zur Auslösung von Abscheidungsthromben. Es befinden sich Ampullen zu 10 ccm einer 50%igen Calorose-Lösung im Handel, welche für 1—2 Injektionen verwendet werden können. Diese Konzentration sichert optimale osmotische Wirkung und gestattet bei ihrer verhältnismäßigen Dünnflüssigkeit die Verwendung von feinen Kanülen, so daß auch enger kalibrierte Venenäste in den Verödungsvorgang einbezogen werden können. Das Verfahren ist völlig ungefährlich.
B. Peiser-Berlin.

Zur Behandlung variköser Unterschenkelgeschwüre, von W. Löwenfeld, Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrankht. Allg. Polikl. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 44, S. 1278);

Künstliche Verödung varikös entarteter Venen, von G. Nobl-Wien. (Sonderbeil. W. kl. W., 1926, Nr. 45.) Verf. stellt an Hand eines großen Materials fest, daß bei gut gereinigten granulierenden Unterschenkelgeschwüren oft als letztes die Implantation von Epithelstecklingen nach Braun mit Simonscher Schwammkompression zum Erfolg führt, bei ungereinigten dagegen nicht. Histologische Erläuterungen dieses Verfahrens und Angabe der Operationsmethodik. Der Simonsche Kompressionsverband wird wegen der Sekretionsstauung dahin modifiziert, daß in den Zinkleimverband ein Fenster geschnitten wird, so daß der Schwamm dauernd erneuert werden kann. Die Ponndorfsche Impfmethode ist wirkungslos. Günstige Resultate mit Injektion der 66%igen Traubenzucker- und 50%igen Caloroselösung. Erwähnenswert ist, daß die hochprozentige Traubenzuckerlösung kein Bakteriennährboden ist. — Nobl gibt eine ausführliche Übersicht über Ätiologie, Pathogenese und Klinik des variköse lymphatischen Komplexes und beschreibt sodann sehr ausführlich die anderen Injektionsmethoden mit Chinin-Urethan, 20%igem NaCl und Sublimat (alle drei nicht empfehlenswert). Besser Strontiumbromat.
H. Colman-Berlin.

Über die Behandlung von Varizen mit Kaltkaustik, von H. Marcus. (W. kl. W., 1926, Nr. 50, S. 1454.) Folgendes Verfahren hält Verf. für praktischer und

Digitized by Google

ungefährlicher als die jetzt häufig angewandte Injektionsbehandlung. Technik: Verschiebung der Haut über der Vene. Hautdesinfektion, 2—3 mm lange Inzision über der Vene (nicht unbedingt nötig). Aktive Elektrode ist eine feine Uhrmacherreibahle, die unter geringem Strom axial in die Vene geschoben und einige Minuten darin gelassen wird. Bildung eines Gewebsthrombus auch dann, wenn die Ahle nur außen dem Venenrohr anliegt. Der Thrombus ist solide und haltbar. Einige Tage Bettruhe empfehlenswert. H. Colman-Berlin.

Urtikaria und Exantheme

Polymorphes Erythem mit ausgedehnter Schleimhautmanifestation (7 Photographien), (Eritema polimorfo con larghe manifestazioni alle mucose). von W. Perangeli. (Rinascenza Med., 1926, Nr. 21.) 17jähr. Mann erkrankt unter Schwellung und Entzündung der Mundschleimhaut und Zunge. 2 Tage später rote Flecken und Knoten an Händen, Unterarmen, Füßen und Beinen mit Beteiligung der Konjunktiva und der Glans penis. Zunahme der Munderscheinungen, Ausbreitung auf den Rachen. Diese Symptome wurden bei der Untersuchung bestätigt. Verf. hält die Affektion für Erythema Bazin. Hochgradige subjektive Beschwerden durch die zunehmende Entzündung der Mundhöhle und der Konjunktiven. Behandlung: Allgemeinbehandlung mit Salizylaten und Ergotin. Haut wird indifferent gepudert, Konjunktiven mit Borwasser, Mundhöhle mit H_2O_2 gespült. Beginn der Rückbildung nach etwa 12, völlige Heilung nach 30 Tagen. H. Colman-Berlin.

Herpes

Zur Frage des varizellösen Zoster (Bókay), von E. Landa und D. Stöhr, II. Med. Univ.-Kl. Wien. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 2, S. 97.) Nach kutaner Verimpfung von Blaseninhalt von 17 Zosterfällen auf 54 Kinder wurde niemals eine spezifische Lokalreaktion gesehen. 3 der geimpften Kinder erkrankten trotzdem 14—18 Tage nach der Impfung an typischen Varizellen. Als Infektionsquelle kommt bei diesen Kindern nur der Zosterpatient in Betracht. Doch wurde bei weiteren 3 Fällen, Kindern, die nicht geimpft worden und die mit dem Zosterpatienten nur in räumlichen Kontakt gekommen waren, nach entsprechender Inkubationszeit das Auftreten von Varizellen beobachtet. Es liegt also die Möglichkeit vor, daß auch die kutan geimpften und erkrankten Kinder lediglich infolge des räumlichen Kontaktes mit dem Zosterpatienten Varizellen erworben haben. Doch kann die von anderen Autoren beobachtete Lokalreaktion nach kutaner Impfung wohl der Ausdruck einer varizellösen Infektion gewesen sein, da diese Kinder 14 bis 16 Tage nach Auftreten der Impfreaktion, ohne selbst zu erkranken, andere nicht geimpfte Kinder mit Varizellen angesteckt haben. Schutzimpfungsversuche gegen Varizellen durch Injektion von Zosterrekonvaleszentenserum führten zu negativen Ergebnissen. Da nur ein Zosterpatient sich als infektiös für Varizellen zeigte, steht der Beweis für die Unität des Virus noch aus. R. Ley-Kreuznach.

Prurigo und Pruritus

Les prurits circonscrits, leur traitement physiologique (Das umschriebene Hautjucken, seine physiologische Behandlung), von E. Juster. (J. de Méd. de Paris, 1926, Nr. 43, S. 893—894.) Die Behandlung muß versuchen, die Ursache der sensiblen Reizung zu unterdrücken; wenn die Ursache nicht auffindbar ist, die örtliche Sensibilität der juckenden Gegend abzuschwächen oder zu beseitigen, die allgemeine nervöse Reizbarkeit der Kranken zu beeinflussen. Für die örtliche Behandlung werden besonders Radiotherapie und Elektrotherapie empfohlen, für die allgemeine Behandlung Solanin. E. Levin-Berlin.

Le traitement du prurit périnéal (Die Behandlung des Pruritus perinei), von P. Gallois. (J. de Méd. de Paris, 1926, Nr. 44, S. 913—914.) Nichts Besonderes. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 9 (Bd. 84) 26. Februar 1927

Zur Chemie des Lepraerregers

4. Mitteilung

Von

Prof. A. Paldrock

Direktor der Dermatologischen Universitätspoliklinik in Tartu (Dorpat)

Prof. W. J. Kedrowski hatte die Freundlichkeit, mir seine Leprakulturen zu geben, als ich im April dieses Jahres an dem allrussischen Leprakongreß in Moskau teilnahm. Darauf erhielt ich von Prof. Korff-Petersen aus Kiel die Kulturen von Kedrowski-Kraus, Lewi-Chrome, Duvals-Chrome und Rost-Willjams.

Weiter verdankte ich Prof. Schlossberger-Frankfurt auch letztgenannte 4 Kulturen und außerdem noch die von Clegg I, Clegg II, Elly, Barry, Nabarro-Bayon, „18", Brinkenhoff I, Brinkenhoff II, Curi und Reenstierna.

Der Direktor des Lister-Instituts in London Dr. C. J. Martin schickte mir auch alle obigen Kulturen, mit Ausnahme der Kedrowskischen und der Reenstiernaschen. Alle genannten Herren bitte ich, für ihr freundliches Entgegenkommen meinen verbindlichsten Dank entgegennehmen zu wollen.

Nachdem es mir gelungen war, die chemische Zusammensetzung der aus Lepromen gewonnenen Lepraerreger festzustellen — siehe Zur Chemie des Lepraerregers. 3. Mitteilung in der Derm. W., 1926, Bd. 82, S. 801 — nahm ich in Gemeinschaft mit der Assistentin Dr. L. Naumowa-Golubowa, die mikrochemische Analyse der in Kulturen gezüchteten vermeintlichen Lepraerreger vor. Wenn bis jetzt auch der Beweis noch fehlt, daß wir in diesen Kulturen auch wirklich die Lepraerreger vor uns haben, weil mit ihnen noch kein Mensch geimpft worden ist — zwecks Erzeugung von Lepra beim Menschen, was zu tun uns die Humanität verbietet — und somit der Echtheitsbeweis noch aussteht, so hoffte ich doch einiges Licht in diese Frage durch die mikrochemische Analyse der Lepraerreger zu bringen.

Interessant war es zu erfahren, ob die aus Lepromen gewonnenen Lepraerreger mit den als Kulturen gezüchteten Erregern Unterschiede bei der mikrochemischen Analyse aufweisen, wobei die aus Lepromen gewonnenen Lepraerreger mir als Standardobjekte dienten.

Aus jeder eingangs erwähnten Kultur wurde gesondert das Material entnommen und mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt. Einige Tröpfchen dieser Verdünnung wurden auf den Objektträger gebracht und,

Digitized by Google

nachdem sie lufttrocken geworden waren, über der Flamme fixiert. Unverzüglich daran schloß sich das Analysieren.

A. L. (Lepromen entnommene über der Flamme fixierte Präparate von Lepraerregern) und K. (Kulturen entnommene und über der Flamme fixierte Präparate der Erreger) wurden 10 Minuten lang mit 1%igen wäßrigen Farblösungen gefärbt und war das Ergebnis der Färbung mit:

1. Methylenblau: in beiden dunkelblau gefärbte Stäbchen und Körnchen;

2. Methylgrün: in beiden schön grün gefärbte Stäbchen und Körnchen;

3. Viktoriablau: in beiden gleichmäßig gefärbte dunkelviolette Stäbchen, in welchen keine Körnchen zu unterscheiden sind und ebenso gefärbte freiliegende Körnchen.

Folgerung: L. und K. verhielten sich färberisch gleich.

B. Zwecks physikalischer Entfernung der freien Nukleinsäure wurden L. und K. auf 24 Stunden in 3%ige essigsaure Natronlösung gestellt und dann gefärbt. Bei beiden war das Ergebnis der Färbung das gleiche, mit

1. Methylenblau: hellblau gefärbte Stäbchen und Körnchen;

2. Methylgrün: ganz blaß gefärbte Stäbchen und Körnchen;

3. Viktoriablau: dunkelviolett gefärbte gleichmäßige Stäbchen und freie Körnchen.

Folgerung: Die blaßgewordenen Methylenblau- und Methylgrünfärbungen zeigen an, daß durch Hydrolysieren mit 3%iger essigsaurer Natronlösung die freie Nukleinsäure aus L. und K. entfernt worden ist. Die Viktoriablaufärbung dürfte keine Änderung dabei erleiden und hat sie auch nicht erlitten, da sie als Lipoidfärber unverändert gleichgeblieben ist.

C. Zwecks Entfernung von gebundener Nukleinsäure wurden L. und K. auf 24 Stunden in 25%ige wäßrige Salzsäurelösung gestellt und dann gefärbt. Beide gaben gleiche Ergebnisse mit:

1. Methylenblau: kaum sichtbare helle Stäbchen und dunkelblaue Körnchen;

2. Fuchsin: in roten Stäbchen sieht man dunkelrote Körnchen; ebenso dunkelrot sind auch freiliegende Körnchen gefärbt;

3. Viktoriablau: dunkelviolette gleichmäßige Stäbchen und freiliegende Körnchen.

Folgerung: Durch 24stündige 25%ige wäßrige Salzsäurehydrolyse wurde die gebundene Nukleinsäure aus den Stäbchen entfernt, wie jetzige kaum sichtbare Hellblaufärbung mit Methylenblau es beweist. Die gebundene Nukleinsäure hatte sich in der die Körnchen umgebenden stäbchenförmigen Hülle befunden. Die Körnchen in den Stäbchen, sowie auch die freiliegenden Körnchen waren aber dunkelblau gefärbt geblieben.

D. Ließ man aber dieser Salzsäurehydrolyse eine weitere 24 Stunden dauernde Hydrolyse mittels 10%iger wäßriger Salpetersäurelösung folgen, so nahmen die Körnchen die Methylenblaufärbung nicht mehr an, blieben also ungefärbt.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE ... BIOLOGICAL ... LABORATORIES

Die Fuchsin- und Viktoriablaufärbungen der Stäbchen und Körnchen waren unverändert die gleichen geblieben, wie bei K., wurden also von dem wäßrigen Salpetersäurelösunghydrolysieren nicht beeinflußt.

Folgerung: Die körnchenförmigen Lepraerreger sowohl der L. als auch der K. enthalten Karyoninsäure.

E. Zwecks physikalischer Entfernung von freien Lipoiden wurden L. und K. auf dreimal 24 Stunden in Äther gestellt, wobei der Äther täglich erneuert wurde. Das Ergebnis bei beiden war ein gleiches, indem die nach stattgehabter Extraktion vorgenommene Methylenblaufärbung hellblaue Stäbchen und Körnchen gab. Die Gramfärbung nach JOSEF SCHUMACHER (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 94, S. 399) mittels der Viktoriablau-Pyroninmethode ausgeführt, gab grampositive und auch negative Lepraerreger.

Folgerung: L. u. K. enthielten freies Lipoid. Daß neben grampositiven sich auch gramnegative Lepraerreger finden, dürfte wohl durch verschieden alte Entwicklungsstadien der Lepraerreger zu erklären sein.

F. Nach der Ätherbehandlung wurden L. und K. zweimal 24 Stunden mittels 10%igem Salpetersäurealkohol hydrolysiert, zwecks Entfernung von Lipoproteiden aus ihnen.

Das Ergebnis der nach dem Hydrolysieren vorgenommenen Viktoriablaufärbung war: Die hellvioletten Stäbchen lassen keine Granulation erkennen, und freiliegende Körnchen sind ebenso hellviolett gefärbt. In den mit Viktoriablau-Pyronin gefärbten Präparaten waren nur gramnegative Lepraerreger zu sehen.

Folgerung: Die vornehmlich in den Körnchen enthaltenen Lipoproteide wurden durch die Salpetersäurealkoholhydrolyse entfernt, welche eine grampositive Lipoidsäure als Bestandteil ihrer Lipoideiweißverbindung enthalten hatten.

G. Wurden L. und K. nach der Äther- und Salpersäurealkoholbehandlung wieder auf 24 Stunden in Äther gestellt, so fiel die darauf vorgenommene Viktoriablau-Pyroninfärbung nur noch ganz blaßrot und kaum sichtbar aus.

Folgerung: Obiges Verfahren beweist, daß L. und K. außer der sauren, in Alkohol löslichen Komponente ihrer Lipoproteide, noch eine in Äther lösliche enthalten.

H. Wurden die mit Äther-Salpetersäurealkohol-Äther vorbehandelten L. und K. weiter ½ Stunde lang in 25%igem Salzsäurealkohol gekocht, zwecks Extraktion von Plasteoproteiden, so erhielt man bei beiden keine Viktoriablaufärbung mehr — ein Beweis dafür, daß auch der Rest von Lipoideiweißverbindungen aus ihnen entfernt worden war.

Folgerung: L. und K. enthalten Plasteoproteide, welche durch Kochen in 25%igem Salzsäurealkohol aus ihnen sich entfernen lassen.

I. Die lipoproteidfrei gemachten Stäbchen und Körnchen der L. und K. färbten sich aber noch mit wäßriger Erythrosinlösung leuchtend rot.

Folgerung: Beide enthalten basisches Eiweiß.

Digitized by Google

Die hier wiedergegebenen Resultate der mikrochemischen Analyse — der aus Lepromen entnommenen Lepraerreger und der von angeführten Autoren als Kulturen gezüchteten Erreger — tragen infolge der Identität ihrer Befunde dazu bei, diese Kulturen als Lepraerregerkulturen anzusehen.

Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Ludwigshafen a. Rh.
(Leitender Arzt: Dr. S. Fuss)

Ein Fall von Pseudo-Creeping Disease

Von

Dr. Fritz Dahlmann

Facharzt für Haut- und Harnleiden, früher Assistent der Abteilung

Mit 2 Abbildungen im Text

Das Krankheisbild der echten, von Lee, Radcliffe Crocker u. a. beschriebenen Creeping Disease ist derart typisch, daß trotz der Seltenheit der Affektion die Diagnose kaum verfehlt werden kann. Die „rote, 1—3 mm breite, wenig über das Niveau der umgebenden Haut erhabene, unregelmäßig geschlängelte, Knoten und Schleifen bildende Linie", die, entsprechend der Wühlarbeit der Parasiten, täglich vorwärts schreitet, findet sich bei keiner anderen Hauterkrankung. Der Nachweis des Parasiten oder dessen Ausscheidungsmassen in den Hautgängen wird in vielen Fällen die Diagnose bestätigen. Die Beurteilung einer Hautaffektion, bei der die Haut von lineären Kanälen durchzogen wird, bei der aber die Hauptmerkmale einer Creeping Disease, klinische Entzündung und Fortschreiten der Linien, fehlen und der Parasit nicht nachweisbar ist, wird dagegen sehr schwer sein, besonders da in der Literatur ähnliche Fälle unseres Wissens nicht beschrieben sind. Eine derartige atypische Hauterkrankung, deren Beschreibung uns gerechtfertigt erscheint, wurde uns von einem Fachkollegen zur Begutachtung überwiesen und von Fuss auf der Versammlung südwestdeutscher Dermatologen in Freiburg am 25. April 1926 demonstriert.

Die jetzt 28jähr., kräftig gebaute und gut ernährte Pat. bemerkte vor 5 Jahren zum ersten Male ein unangenehmes Naßwerden ihres rechten Oberschenkels. Bei genauer Beobachtung konnte sie feststellen, daß das Nässen von einer klaren Flüssigkeit, die aus einer kaum stecknadelkopfgroßen Hautfistel an der Oberschenkelinnenfläche kam, verursacht wurde. Das Nässen ließ zeitweise spontan nach. Vor 3 Jahren bemerkte Pat. an der befallenen Hautstelle weiterhin eine eigenartige Linienbildung, die von da an an Deutlichkeit und Ausbreitung zunahm. Von einem Fliegenstich, nach dem sich die Affektion entwickelt haben könnte, weiß Pat. nichts. Pat. kam weder mit Rindern noch mit Pferden in Berührung. Nach Kriegsende waren jedoch Franzosen (Marokkaner) mit Pferden bei ihren Eltern einquartiert. Über Jucken oder Schmerzen hatte Pat. nie zu klagen. Die Weiterausbreitung der Affektion sowie das unangenehme Nässen, das zeitweise so stark wurde, daß Pat. ihrem Beruf als Sekretärin nicht nachgehen konnte, zwangen sie, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Therapeutische Maßnahmen blieben bis jetzt ohne Erfolg.

Klinischer Befund: In der adipösen Haut der Oberschenkelinnenfläche rechts ein System von parallel verlaufenden, das Hautniveau wenig überragenden weißlichen Linien. 1. Linie drei Querfinger unterhalb und parallel der Leistenbeuge, geschlängelt,

Digitized by Google

$^1/_2$ mm breit und 3 cm lang. Drei Querfinger darunter eine zweite und parallele, mehr lateral gelegene Linie von 3,5 cm Länge, die am medialen Ende Kreisbildung aufweist. Drei Querfinger medial davon, gleichsam als Fortsetzung der 2. Linie, eine 7,5 cm lange Linie, in deren Mitte eine Abzweigung nach oben sichtbar ist. An der Abzweigungsstelle eine etwa linsengroße, gerötete Hautstelle mit zentraler, kaum stecknadelkopfgroßer Fistelöffnung, aus der reichlich wasserklare Flüssigkeit quillt. Sichtbare Verbindungen zwischen den einzelnen Linien bestehen nicht (Abb. 1).

Nahe der entzündlich geröteten Fistelöffnung wurde ein Hautstückchen exzidiert[1]).

Histologischer Befund: Auffällig im histologischen Bilde ist ein in der Kutis gelegener Hohlraum, in dessen Bereich die Epidermis vorgebuchtet und vielfach verdickt erscheint. An der Verbreiterung beteiligen sich Stratum spinosum und Stratum corneum, jedoch wechselt der Befund in den einzelnen Schnitten. In einigen Schnitten ist Parakeratose, in anderen eine mehr oder weniger starke Auffaserung der Hornschicht zu beobachten, in anderen wieder fehlt jede Epithelveränderung. Der im Korium unmittelbar unter dem Papillarkörper gelegene Hohlraum zeigt keine sicher präformierte Endothelauskleidung. Die elastischen Fasern sind in Gangnähe weder vermehrt noch vermindert. Auch das Bindegewebe zeigt keine pathologischen Veränderungen. Rings um den Gang an einzelnen Stellen verstärkte, zellige Infiltration. Das Infiltrat besteht zum kleinen Teil aus Rundzellen und polymorphkernigen Leukozyten, zum größten Teil aus fixen Bindegewebszellen (Histiozyten). Jedoch wechselt auch der Infiltratcharakter in den einzelnen Schnitten, so daß auch erstere Elemente vorherrschen können. Die Lymphgefäße der Papillen und Kutis sowie die Lymphspalten sind weder erweitert noch pathologisch verändert. Lymphgefäßneubildungen im Sinne Hueters sind nicht festzustellen (Abb. 2).

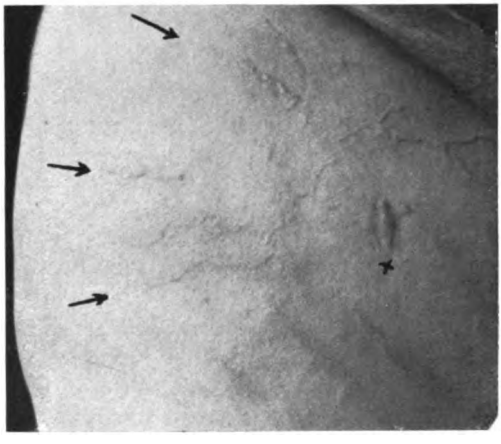


Abb. 1. Die Pfeile markieren die einzelnen Linien
$\times$ = Narbe nach Exzision

Auf der Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen in Freiburg wurde das Krankheitsbild unseres Falles eingehend besprochen, ohne daß eine Einigung in der Beurteilung der Affektion erzielt werden konnte. Touton hielt die Hauterscheinung für ein lineäres Lymphangiom. Herxheimer bestreitet, daß es sich klinisch um eine typische Creeping Disease handele, unterstützt von Hasselmann, der auf Grund seiner Tropenerfahrung eine „echte" Creeping Eruption mit Sicherheit ablehnt. Gans berichtet über einen, dem unseren morphologisch ähnlichen Fall aus der Bettmannschen Klinik. Aus einem etwa 4 cm langen Gang am Penis eines Kranken konnte Bettmann einen zur Gattung Akarus gehörigen Parasiten entfernen, der wegen seiner Größe nicht zu dem Acarus scabiei gehören könne. Gans hält es für möglich, daß in unserem Falle eine creepingartige Veränderung vorliege. Bloch hält die Affektion für eine entzündliche, durch einen Parasiten hervorgerufene, der Creeping Disease ähnliche Hauterkrankung. Bloch sowohl wie Gans

[1]) Herrn Prof. Hanser, dem Leiter des pathologischen Instituts des Krankenhauses, sei an dieser Stelle für Anfertigung der Mikrophotogramme sowie für seine Unterstützung bei Ausdeutung der histologischen Bilder ergebenst gedankt.

Digitized by Google

betonen, daß das histologische Bild die Diagnose Lymphangiom ausschließen lasse.

Die Frage, ob die hypodermalen Gänge auf einer Anomalie des Lymphgefäßsystems beruhen (Touton), oder durch einen Parasiten hervorgerufen wurden (Bloch), glauben wir im Sinne Blochs beantworten zu können.

Wegner unterscheidet ein Lymphangioma cavernosum, ein L. cysticum und ein L. simplex und identifiziert letzteres mit „einfachen Lymphangiektasien und erweiterten Lymphräumen, die mit der Lymphzirkulation noch in Zusammenhang stehen", im Gegensatz zu Hueter, der unter einem L. simplex einen „Tumor, der sich aus nicht erweiterten, also kapillaren, neugebildeten Lymphgefäßen und dem dazu gehörigen Stroma zusammensetze", verstanden wissen will. Klinisch fehlen unserer Affektion die für das L. cavernosum charakteristischen geschwulstartigen Gebilde sowie die für das L. cysticum typischen Blasen und Bläschen. Selbst wenn man annehmen würde, die klinisch als Linien imponierenden Hautgänge seien durch Aneinanderreihung kleinster Bläschen entstanden, so müßte sich doch der Charakter der Einzeleffloreszenzen erkennen lassen. Man würde bei genauer Beobachtung ein perlschnurartiges Gebilde in lineärer Form, nicht aber eine einheitliche Linie feststellen können. Im histologischen Bilde können wir weder das „Balkenwerk von Bindegewebe mit mannigfach gestalteten und vielfach miteinander kommunizierenden Hohlräumen" des L. cavernosum, noch die mit Endothel ausgekleideten Zysten im Papillarkörper und der subpapillären Koriumschicht des L. cysticum beobachten. Die Lymphorrhoe, die zweifellos zeitweise besteht, spricht durchaus nicht für ein Lymphangiom. Nach Jarisch soll es beim Anstechen der Lymphangiomzysten, im Gegensatz zu den einfachen Lymphangiektasien, nie zu einer Lymphorrhoe kommen. In der mir zugängigen Literatur fand ich kein Lymphangiom, das klinisch oder histologisch mit unserer Affektion verglichen werden könnte. Brandweiner konnte zwar ein systematisiertes, bogenförmig angeordnetes Lymphangiom beobachten, und Wolff beschrieb ein zosteriformes Lymphangiom; typische, auf hypodermalen Gängen beruhende Linienbildung aber war in diesen Fällen ebensowenig zu finden

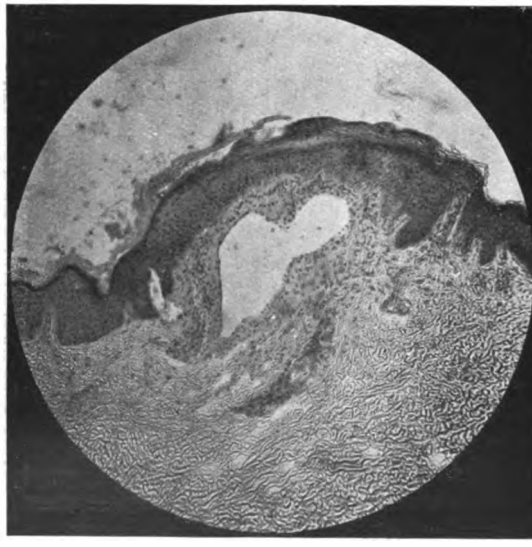


Abb. 2. Querschnitt eines Ganges im Korium; entzündliche Infiltration der Umgebung: Vorbuchtung und leichte Verdickung der Epidermis

Digitized by Google

wie bei den anderen in der Literatur beschriebenen Lymphangiomfällen. Wie wir bereits erwähnten, konnten wir histologisch auch die „in bindegewebiger Kapsel eingeschlossenen, engen, nur hier und da erweiterten Schläuche", die Hueter für sein kapillares Lymphangiom beansprucht, nicht beobachten. Eine Ähnlichkeit besteht allerdings im Reichtum der zelligen Elemente des Stromas. Auch das Wegnersche Lymphangioma simplex kann differentialdiagnostisch nicht in Frage kommen, da in sämtlichen Schnitten eine anormale Beschaffenheit des Lymphgefäßsystems nicht festgestellt werden konnte. Es ist bekannt, daß gerade in der Genitalregion und an den Oberschenkeln „weiche, der Elephantiasis zugehörige Anschwellungen der Haut", die auf Lymphangiektasien beruhen, vorkommen. Man könnte versucht sein, daran zu denken, daß die allgemeine Adipositas in unserem Falle die elephantiastischen Veränderungen verdeckt hätte, daß also doch eine Lymphstauung vorläge. Dem widerspricht jedoch das histologische Bild. Nach all dem können wir mit großer Wahrscheinlichkeit eine Anomalie im Lymphsystem, die sich klinisch in Form unserer Affektion geäußert hätte, ausschließen.

Bei dem Versuch, unsere Affektion in die Gruppe der parasitären Dermatosen einzureihen, stoßen wir ebenfalls auf nicht unerhebliche Schwierigkeiten. Es fehlen unserer Hauterscheinung vor allem die für die Creeping Disease charakteristische entzündliche Rötung und das sichtliche Vorwärtsschreiten der Linien. Die Dauer der Erkrankung ist für eine Hypodermyiasis ungewöhnlich lang. Der Parasit, der das Wesen der Affektion hätte erkennen lassen, konnte nicht gefunden werden. Ebensowenig gelang es Herrn Prof. Bettmann, für dessen gütige Unterstützung ich an dieser Stelle ergebensten Dank sage, mittels Kapillarmikroskop in den Gängen Ausscheidungsmassen des Erregers nachzuweisen.

Die klinisch fehlenden Entzündungserscheinungen sind jedoch histologisch vorhanden. Die zellige Infiltration rings der Hautkanäle deutet darauf hin, daß beim Entstehen der Gänge ein Reiz irgend welcher Art auf das umgebende Gewebe ausgeübt wurde. Ob allerdings dieser Reiz durch die Wühlarbeit eines Parasiten verursacht wurde, kann nicht mit Sicherheit entschieden werden. Das typische, der Creeping Eruption eigene sichtliche Vorwärtskriechen der Linien wurde in unserem Falle nicht beobachtet; es wurde aber bereits erwähnt, daß die Affektion in den letzten Jahren sich weiter lineär ausgebreitet und an Deutlichkeit zugenommen hat. Auch die verhältnismäßig lange Dauer unserer Erkrankung schließt nicht ohne weiteres eine Creeping Eruption aus. Die Dauer einer Creeping Disease ist abhängig von der Dauer des Larvenstadiums des die Krankheit verursachenden Parasiten. Da aber die Ätiologie der als Creeping Disease angesprochenen Erkrankung durchaus noch nicht einheitlich festgelegt ist, sondern im Gegenteil nach den meisten Autoren (Bogroff, Noxon, Toomey u. a.) die Krankheit durch Larven verschiedener Gattungen verursacht werden kann; da ferner die Haut verschiedener Individuen auf die Tätigkeit einer Larvenart verschieden reagieren kann, ist es wohl erklärlich, daß Dauer und Erscheinungsform der Creeping Eruption Schwankungen unterworfen sein können, so daß Bilder entstehen, die nicht die Züge der typischen Myiasis tragen und doch auf Grund ihrer Entstehung dieser Erkrankung zugerechnet werden

Digitized by Google

müssen. In der Literatur fand ich atypische Fälle als Myiasis beschrieben, die viel weniger mit dem eng umschriebenen Krankheitsbild der Creeping Disease übereinstimmen als unsere Affektion. So sprach Ehrmann eine Hauterscheinung, die Kyrle und Riehl zu den urtikariellen Dermatosen rechneten, als Creeping Disease an, obwohl auch ihm der Nachweis des Parasiten nicht gelungen war.

Eigenartig bleibt die Lymphorrhoe bei histologisch intaktem Lymphsystem. Denkbar wäre, daß der Parasit auf seinem Wege ein Lymphgefäß getroffen und so eine Kommunikation zwischen Lymphsystem und Hautgängen geschaffen hätte. Damit ließe sich auch die auffällige Tatsache erklären, daß die Hohlräume weder spontan noch auf therapeutische Maßnahmen hin Neigung zur Rückbildung zeigten. Die in den Hautgängen zirkulierende Lymphe könnte das Einfallen der Ganglumina und damit die Rückbildung der Affektion verhindert haben. Beweise lassen sich für diese Erklärungsversuche allerdings nicht erbringen.

Nach genauer Prüfung des Falles glauben wir eine Anomalie im Lymphsystem als Ursache unserer Affektion ablehnen zu können und bekennen uns zur Ansicht Blochs, der die Ausführungen Herxheimers und Hasselmanns durchaus nicht widersprechen. Wenn es sich auch nicht um eine „echte" Creeping Disease handelt, so sprechen doch die klinischen und histologischen Erscheinungen dafür, daß durch die Wühlarbeit eines Parasiten das eigenartige Krankheitsbild geschaffen wurde.

Literatur

Brandweiner, Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 7. Mai 1914. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 119, II. Teil, S. 284. — Bloch, Fuss, Gans, Hasselmann, Herxheimer, Touton, Verhandlungen südwestdeutscher Dermatologen vom 25. April 1926 in Freiburg. — Borst, Echte Geschwülste. Aschoffs Pathologische Anatomie, Bd. 1, S. 773—780. Verlag Fischer, Jena 1919. — Ehrmann, Kyrle, Riehl, Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 20. März 1919. Arch. f. Derm., Bd. 133, S. 78. — Hueter, Ein kapillares Lymphangiom. Zbl. f. Pathol., Bd. 28. Nr. 6, S. 129. — Jarisch, Die Hautkrankheiten. Nothnagels Spezielle Pathologie und Therapie, Bd. 24, Teil I, S. 1021—1024. Verlag Hölder, Wien und Leipzig 1908. — Schmaus-Herxheimer, Grundriß der Pathologischen Anatomie, S. 195—197. Verlag Bergmann, Wiesbaden 1919. — Wegner, Über Lymphangiom. Langenbecks Archiv, 1876, Bd. 20, zitiert bei Jarisch. — Wolff, Verhandlungen der Straßburger dermatologischen Gesellschaft vom 29. Juni 1913. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 117.

Juckende, durch Getreide hervorgerufene Dermatosen im Orient

Von

Dr. Menahem Hodara in Konstantinopel und Dr. Houloussi Behdjet

Chef der dermatologischen Abteilung am Hospital Gouraba in Konstantinopel

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin)

Auf Grund der im Jahre 1920 an mir (Behdjet) selbst angestellten Versuche und der darauf bezüglichen Untersuchungen hatten wir die Behauptung aufgestellt, daß die juckenden Hautkrankheiten, abgesehen von Lausmilben, durch Glykophagus hervorgerufen würden. Diese Krankheit findet sich im Orient gewissermaßen ständig, und es werden hauptsächlich die Landleute von ihr ergriffen. Es ist noch zu bemerken, daß die Krankheit von selbst, ohne jede Behandlung schwindet.

Digitized by Google

Nach der Veröffentlichung unserer Untersuchungen über diese juckende Dermatose fanden wir unter den zahlreichen Kranken, die sich uns teils im Krankenhause, teils in unserer Privatklinik vorstellten, außerordentlich interessante Fälle. Die von uns vorgenommene Untersuchung der Gerste ließ uns häufig die Anwesenheit von Lausmilben und bisweilen die von Glykophagus feststellen.

Einige von uns in diesem Jahre beobachtete Fälle verdienen wegen ihrer äußeren Erscheinungen eine Wiedergabe.

1. Einige Hausbedienstete des Bakteriologischen Instituts wandten sich an uns mit Klagen über starkes Jucken an verschiedenen Körperstellen. Ihre Angaben, die Pferde hätten gleichfalls Jucken und Schwellungen an den Lippen, zogen meine (Behdjet) Aufmerksamkeit auf sich. Ich begab mich am nächsten Tage in das Bakteriologische Institut; tatsächlich waren die Lippen der Pferde ebenso wie die Nasenränder mit verschwommenen, kaum sichtbaren, durch erodierte Papeln voneinander getrennten Erosionen bedeckt. Einen derartigen Fall habe ich beim Pferde zum ersten Male beobachtet.

Unsere Kenntnisse über diesen Gegenstand beschränken sich auf die Tatsache, daß die Tiere, die sich mit Gerste nähren, die Träger von Sitotroga cerealela, einem Feinde der Lausmilben, ist, Brennen im Schlunde spüren. Daher wurden die Pferde, die an den Lippen eine feine Haut haben, von einer juckenden Dermatose ergriffen. Es erschien klar, daß, abgesehen von Lausmilben, auch Glykophagus in der Lage ist, Jucken hervorzurufen.

2. Interessant sind die Erscheinungen, die wir bei einer im Krankenhause aufgenommenen Patientin fanden. Diese Frau, eine Ausgewanderte, erzählte uns, daß sie die Nächte in einer Scheune verbringe. Ihr Gesicht war vollkommen geschwollen, die Augenlider mit Sekret bedeckt und geschlossen; um zu sehen, benutzte sie den kleinen Spalt zwischen den Lidern und beugte unwillkürlich den ganzen Kopf. Die Farbe war rot, die Lider untereinander verklebt, und an einzelnen Stellen, an denen die Verklebung geschwunden war, zogen Pusteln die Aufmerksamkeit auf sich. Die Schwellungen, die den ganzen Körper, Brust, Busen, Bauch, Arme der Frau ergriffen hatten, gaben ihr ein seltsames Aussehen; sie kratzte sich beständig. Es bestand Fieber von 39°, und wir nahmen sie in das Krankenhaus auf. Beim ersten Anblick glaubte man eine durch die innerliche Anwendung von Medikamenten hervorgerufene allgemeine Hauterkrankung vor sich zu haben. Der Eiweißgehalt des Harnes betrug 3,5 g, reichlich rote und weiße Blutkörperchen. Wenn nicht auch Erscheinungen an den Beinen und Füßen zu bemerken gewesen wären und sie nicht angegeben hätte, daß sie die Nacht auf Stroh zugebracht hätte, wäre die Diagnose in der Tat schwierig gewesen. Die Erscheinungen hatten keine Ähnlichkeit mit Masern, Pocken, Varizellen und den idiopathischen skarlatiniformen Eruptionen; auch nicht mit den durch innere oder äußere Ursachen hervorgerufenen Erythrodermien.

Die alleinstehenden Effloreszenzen sowie die Angaben der Frau kamen uns zu Hilfe. Wir ließen uns das Stroh bringen und fanden bei der Untersuchung auf einem Teil reichlich Lausmilben. Innerhalb einer Woche brachten wir das Fieber durch Salzbäder zum Schwinden, die Erscheinungen waren nach 17 Tagen beseitigt; am 20. Tage wurde die Kranke entlassen.

3. Ein Freund eines unserer Kollegen, eines Röntgenspezialisten, war auf einen Karren gestiegen, mit dem er eingekaufte Gerste vom Felde nach Hause brachte. Unterwegs stützte er beständig den rechten Arm auf einen Sack und lehnte auch den Kopf an. Am nächsten Tage trat Jucken an verschiedenen Körperteilen auf, Gesicht, Stirn und der eine Arm waren gerötet. Das Jucken war unerträglich, und er wandte sich an uns in der Meinung, eine schwere Krankheit zu haben. Die Augenlider waren ödematös geschwollen, Papeln von urtikariellem Aussehen, Fieber von 38,5°; der Kranke klagte über Brennen und starke Schmerzen, die ihm große Leiden verursachten. Der rechte Arm war in gleicher Weise geschwollen, unter der Kleidung waren einzelne Effloreszenzen nicht zu erkennen. Diese Erkrankung erregte unsere ganz besondere Aufmerksamkeit. Wir fragten den Kranken genau aus und stellten eingehende Untersuchungen an. Im oberen Abschnitt der Arme fanden wir hier und da charakteristische erythematös-papulöse und pustulöse Eruptionen infolge einer durch die Gerste verursachten juckenden Dermatose. Wir können uns nicht erinnern, jemals einen derartig akuten entzündlichen und ödematösen Prozeß im Gesicht und an einem einzigen Arm gesehen zu haben. Aber die Lausmilben,

Digitized by Google

die vom Kragen und den Manschetten flüchteten, und die von ihnen hervorgerufenen typischen Erscheinungen kamen uns zu Hilfe, so daß die Diagnose schon sicher gestellt werden konnte. Die Angaben des Kranken, daß er auf einem Sack Gerste geschlafen habe, bestärkte sie noch. Wir ließen uns die Gerste kommen und fanden darauf an verschiedenen Stellen Glykophagus. Nachdem 2 Tage lang feuchte Umschläge mit Aqua Goulardi gemacht waren, verschwanden die Erscheinungen innerhalb 8 Tagen. Wir hatten noch nie einen so heftigen Fall beobachtet und waren selbst darüber erstaunt. Die Krankheit schwand von selbst, ohne daß etwas weiteres erforderlich gewesen wäre.

Wie schon früher bemerkt, finden sich Kollegen, die gegen die von den Lausmilben hervorgerufenen juckenden Dermatosen antiskabiöse Salben anwenden. LOIBE und LEGAGNEUX wandten dasselbe Verfahren zu diesem Zwecke an. Aber die Kranken, die keine heftigen Erscheinungen haben, sehen diese am 3., 4., höchstens 5. Tage schwinden, ohne daß eine besondere Behandlung stattgefunden hätte. Bei den stärker Befallenen dauern die Erscheinungen bis zu 10 Tagen. Die Kranken suchen natürlich ein Mittel gegen ihr Leiden. Das beste und einfachste Mittel sind Salzbäder. Abgesehen von empfindlichen und wichtigen Stellen und wesentlichen Symptomen, ist in derartigen Fällen außer den Salzbädern kein weiterer Eingriff erforderlich. Übrigens finden sich die Parasiten niemals im Innern der Eruptionen. Auch in Versuchen, die wir in mehrmaliger Wiederholung an uns selbst angestellt haben und in den von uns vorgenommenen Untersuchungen und histologischen Studien (Derm. W., 1923, Bd. 76, Nr. 10) haben wir niemals das Vorhandensein einer Lausmilbe feststellen können. Deshalb ist auch kein antiparasitäres Mittel erforderlich. Die Krankheit überträgt sich nicht von Person zu Person, und wenn man sich von der das Jucken hervorrufenden Ursache fernhält, schwindet sie von selbst.

Aus dem Staatlichen Venerologischen Institut zu Moskau (Direktor: Prof. N. EFRON)
Abteilung für Gonorrhoe des Mannes (Leiter: Prof. R. FRONSTEIN)

Zur Frage der Therapie der gonorrhoischen Arthritiden

Von

P. TIMOFEJEFF, Assistenzarzt

In meiner Arbeit „Über die Einteilung der gonorrhoischen Arthritiden" habe ich meine Erwägungen über die Grundsätze der Therapie der gonorrhoischen Arthritiden dargelegt.

Die sogenannten toxischen Arthritiden, die bei Bestehen eines Herdes in den akut entzündeten Samenbläschen eine Folge der negativen Phase der Allgemeinreaktion des Organismus sind, dürfen nicht mit Gonokokkenvakzine behandelt werden. Die BORDET-GENGOUsche Reaktion zeigt bei diesen Formen der gonorrhoischen Arthritis eindeutig das Vorhandensein sehr großer Toxinmengen im Organismus an. Die an Antikörper nicht gebundenen Toxine befallen bald das eine, bald das andere Organ. Jede Exazerbation der Entzündung in den Samenbläschen verstärkt die entzündlichen Erscheinungen in den übrigen befallenen Organen oder ruft eine Erkrankung weiterer Gelenke hervor. Die klinische Beobachtung solcher Kranker lehrt, daß bei diesen Arthritisformen die Vakzinetherapie eine sehr langwierige und schwere negative Phase hervorruft und oft die Ursache weiterer Komplikationen darstellt.

Die zweite Form der gonorrhoischen Arthritiden, die metastatischen Arthritiden, sind die Folge einer metastatischen Verschleppung der Erreger aus den Samenbläschen oder anderen Herden in die Gelenke. Es handelt sich um eine eitrige Gelenkentzündung, im Eiter können Gonokokken gefunden werden. Die BORDET-GENGOUsche Reaktion, die von dem Grade der Inokulation aus den befallenen Organen abhängt, gibt in derartigen Fällen eine nur geringgradige Autoimmunisation an. Letztere ist deswegen geringgradig, weil die Resorption der Entzündungsprodukte aus den befallenen Gelenken infolge der anatomischen Verhältnisse der letzteren nur langsam vor sich geht. Die metastatische gonorrhoische

Digitized by Google

Arthritis verläuft vollkommen selbständig, sie steht in keinem Zusammenhang mit dem primären Infektionsherd.

Diese Beobachtungen führten uns zu einer Therapie, die wir theoretisch auf den Ergebnissen des Studiums der BORDET-GENGOUschen Reaktion aufgebaut haben. Wir machten unsere Therapie vom Grade der Autoimmunisation des Organismus abhängig.

Fall 1: Patient K., Nr. 823, 44 Jahre, Arbeiter, erkrankte Anfang Oktober 1925 an Gonorrhoe. Unregelmäßige Behandlung. Zur Urethritis trat ein periurethraler Abszeß in der Pars pendula hinzu. Der Abszeß wurde eröffnet und heilte 2 Wochen vor der jetzigen Erkrankung vollständig ab. Während der Behandlungszeit trieb der Patient Alkoholabusus, war oft bis zur Bewußtlosigkeit betrunken und hatte einigemal geschlechtlichen Verkehr mit seiner Frau.

Am 1. XI. traten Schmerzen im rechten Knie- und rechten Hüftgelenk auf, und die Temperatur stieg an. Am 4. XI. wurde der Patient mit sehr heftigen Schmerzen in den Gelenken und 38,4° in das Staatliche Venerologische Institut eingeliefert. Gleichzeitig bestanden Erscheinungen akuter Entzündung des Blasenhalses.

Die befallenen Gelenke werden in der Krankengeschichte folgendermaßen beschrieben: Rechtes Kniegelenk stark geschwollen, das Bein wird in diesem Gelenk halb gebeugt gehalten. Die hochgradige Schmerzhaftigkeit gestattet keine aktiven Bewegungen, die passiven Bewegungen sind stark eingeschränkt und ebenfalls von Schmerzen begleitet. Leichter Druck auf die Sehnenansätze löst heftigen Schmerz aus. Rechtes Hüftgelenk leicht geschwollen, die Bewegungen sind eingeschränkt und lösen heftige Schmerzen aus. Linkes Sternoklavikulargelenk sehr druckschmerzhaft. Am zweiten Tage des Aufenthalts des Patienten im Staatlichen Venerologischen Institut trat eine Entzündung des Metatarsophalangealgelenks der rechten großen Zehe und des linken Ellenbogengelenks hinzu.

Die Palpation der Prostata ergab eine geringe katarrhalische Entzündung derselben. Urin trüb, enthält Gonokokken. Samenbläschen beiderseits als Tumor mit abgerundeten Rändern palpabel, etwas druckschmerzhaft. BORDET-GENGOUsche Reaktion 4+.

Die klinische Untersuchung einschließlich der BORDET-GENGOUschen Reaktion ergaben somit eine Entzündung der Samenbläschen, die anscheinend die Quelle der Intoxikation des Organismus darstellten, und eine Polyarthritis anscheinend ohne Exsudat. Es handelte sich um eine toxische gonorrhoische Arthritis nach unserer Einteilung.

Für die von uns gewählte weiter unten angeführte Therapie waren unsere folgenden Überlegungen maßgebend. Wir hielten uns nicht für berechtigt, dem mit Toxinen überladenen Organismus in Gestalt von Vakzine noch mehr Toxine zuzuführen. Im Gegenteil, wir hielten es für unsere Aufgabe, die Toxine aus dem Organismus herauszuschaffen, und wir wandten die für Toxämie übliche Therapie an: intravenöse Infusionen physiologischer Kochsalzlösung. Ab 6. XI. infundierten wir jeden zweiten Tag 300 ccm physiologische Kochsalzlösung. Am 19. XI. kehrte die Temperatur zur Norm zurück, und wir setzten die Infusionen ab.

Bereits nach der ersten Infusion trat eine erhebliche Besserung ein, die Bewegungen im rechten Knie- und rechten Hüftgelenk wurden freier. Gestützt auf den Arm einer Pflegerin, konnte er in das Verbandzimmer gehen. Zwei Tage darauf konnte der Patient mit Hilfe einer Krücke, noch einige Tage darauf ohne Hilfsmittel gehen. Kurz nach dem 20. XI. verschwanden die Schmerzen und die Bewegungseinschränkung vollständig. Die Krankheit hatte im ganzen 2—3 Wochen gedauert. Am 23. XI. injizierten wir (einzige Injektion) 0,3 Gonokokkenvakzine (Vakzine des Staatlichen Venerologischen Instituts, enthaltend 200 Millionen Mikroorganismen in 1 ccm), es trat eine leichte Reaktion auf, worauf die noch übriggebliebenen geringen Schmerzen im linken Ellenbogengelenk verschwanden. Die viermal angestellte BORDET-GENGOUsche Reaktion ergab stets — selbst nachdem die entzündlichen Erscheinungen in den Gelenken verschwunden waren — hohe Werte.

Fall 2: Patient N., Nr. 791, 42 Jahre, Fuhrmann, Alkoholiker, erkrankte im Mai 1925 an Gonorrhoe. Unregelmäßige Behandlung. Im September trat zur Urethritis linksseitige Epididymitis hinzu, die mit Gonokokkenvakzine behandelt wurde. Nach 2 Vakzineinjektionen mit guten Reaktionen traten am 13. IX. Schmerzen im linken Kniegelenk auf, das Gelenk schwoll an. Am 23. IX. Aufnahme in das

Digitized by Google

Staatliche Venerologische Institut. Linkes Kniegelenk stark geschwollen, heftigste Schmerzen nicht bloß bei jedem Versuch, im Gelenk Bewegungen auszuführen, sondern auch bei Berührung. In der Epididymis kleines, nicht druckschmerzhaftes Infiltrat palpabel. Am 25. IX. Gelenkpunktion, 5 ccm eitrige Flüssigkeit gewonnen, die bis zu 100 Leukozyten im Gesichtsfeld enthielt. Mikroorganismen wurden nicht gesehen. Die mit dem Punktat angesetzte Kultur zeigte nach 5 Tagen Wachstum von Gonokokken. 29. IX. abermals Punktion, 50 ccm serös-eitrige Flüssigkeit gewonnen, deren mikroskopische Untersuchung ergab: Eiterzellen füllen fast das ganze Gesichtsfeld aus, vereinzelt runde Gebilde intrazellulär. In der angesetzten Kultur Gonokokken.

Die Ergebnisse der Palpation der Samenbläschen und der mikroskopischen Untersuchung ihres Inhalts ließen eine Vesikulitis ausschließen. Die BORDET-GENGOUsche Reaktion ergab in dieser Periode 1 +. Der niedrige Wert ließ ebenfalls darauf schließen, daß die Quelle der Autoinokulation das befallene Gelenk — nicht die Samenbläschen — darstellte, denn bei Erkrankungen der Samenbläschen erhalten wir gewöhnlich 4 +.

Wir hatten es also mit einer Monarthritis mit eitrigem gonokokkenhaltigem Exsudat zu tun. Es konnte sich nur um eine metastatische Verschleppung der Erreger aus irgend einem affizierten Organ, z. B. Urethra oder Nebenhoden, in das linke Kniegelenk handeln.

Solche metastatische gonorrhoische Arthritiden (nach unserer Einteilung) verlaufen ganz unabhängig vom primären Herd und bewirken, wie das Studium der an unserem Material gewonnenen Ergebnisse der BORDET-GENGOUschen Reaktion gelehrt hat, eine nur geringgradige Autoimmunisation. Aus unseren theoretischen Erwägungen heraus hielten wir es für nützlich, durch Einverleibung hoher Vakzinedosen den Grad der Autoimmunisation bis etwa auf 4 + nach BORDET-GENGOU zu erhöhen. Am 2. X. applizierten wir 1 ccm Vakzine, am 4. X. 2 ccm, am 6. X. 3 ccm, am 8. X. 5 ccm, am 10. X. 9 ccm. Wir verwandten die Vakzine des Staatlichen Venerologischen Instituts, die 200 Millionen Mikroorganismen in 1 ccm enthält. Nach jeder Injektion trat eine Reaktion ein, die aber jedesmal weniger als 24 Stunden dauerte. Nach der ersten Injektion stieg die Temperatur bis auf 38,1°, nach der zweiten bis auf 38,8°, nach der dritten bis auf 38,0°. Die übrigen Injektionen bewirkten einen Temperaturanstieg von etwa der gleichen Höhe, der Temperaturverlauf schien aber auch von dem Eiterherd im Gelenk beeinflußt zu werden. Nach der Injektion von 9 ccm stieg die Temperatur auf 38,6°.

Die dritte Gelenkpunktion wurde am 7. X. (nachdem im ganzen 3 Vakzineinjektionen vorausgegangen waren) ausgeführt. Es wurden 15 ccm serös-eitrige Flüssigkeit gewonnen. Die mit der Flüssigkeit angesetzte Kultur blieb steril. Kurz nach der 5. Injektion, bei der 9 ccm Vakzine einverleibt wurden, fing das Gelenk an, schnell anzuschwellen. Drei Tage nach dieser Injektion, am 13. X., entleerten wir 40 ccm serös-eitrige Flüssigkeit. Die mit dieser Flüssigkeit angesetzte Kultur blieb ebenfalls steril. Am gleichen Tage injizierten wir 7 ccm Vakzine (6. Injektion), die Temperatur stieg auf 39°. Um Reizerscheinungen in den veränderten periartikulären Partien hervorzurufen, injizierten wir am 20. X. 5 ccm gekochte Milch, es trat eine Reaktion auf, die Temperatur stieg auf 37,8°.

Während des Aufenthalts des Patienten im Institut haben wir im ganzen 15mal die BORDET-GENGOUsche Reaktion angestellt. Die dabei erhaltenen Werte verdienen Beachtung. Vor der Einleitung der Vakzinetherapie erhielten wir 1 +, nach der 2. und 3. Injektion stieg der Wert auf 2 +, nach der 5. Injektion auf 3 + bis 4 +. Auf dieser Höhe blieb der Wert etwa 11 Tage lang, bis zum 22. X. Im Verlauf dieser 11 Tage stellten wir die Reaktion im ganzen 4mal an. die Werte blieben stets auf der gleichen Höhe. Nach dem 22. X. fiel die Kurve plötzlich auf 1 +, und in der folgenden Zeit bis zur Entlassung des Patienten waren die Werte ±, 1 +, 1 + bis 2 +, 2 +, nie darüber. Die regelmäßige und energische Immunisierung mit Vakzine bewirkte anscheinend eine Steigerung der Antikörperproduktion. Nicht ausgeschlossen ist, daß auch das Vorhandensein spezifischen Eiters im Gelenk von Bedeutung war, denn bezeichnenderweise fiel die Kurve auf 1 + erst nach dem Verschwinden des Eiters aus dem Gelenk. Nachdem die Kurve gefallen war, führten wir die Vakzine nicht mehr regelmäßig zu, injizierten aber immerhin ziemlich hohe Dosen: 6 bis 7 bis 9 ccm. Auf diese Injektionen folgten nur mehr schwache klinische Reaktionen, auch zeigte die Kurve der

Digitized by Google

Werte der BORDET-GENGOUschen Reaktion keine erheblicheren Anstiege. Anscheinend waren 6—9 ccm Vakzine für diese Krankheitsperiode keine sehr hohen Dosen. Anscheinend üben die unter der Wirkung der einverleibten Vakzine gebildeten Antikörper einen Reiz auf den Entzündungsherd aus. Besteht ein spezifischer Prozeß, so wird die Höhe der Werte der BORDET-GENGOUschen Reaktion anscheinend sowohl durch die Autoinokulation, als auch durch die künstliche Immunisierung mit Vakzine bedingt. Ist der Entzündungsherd nur klein, oder fehlt er überhaupt, wie dies bei unserem ersten Patienten in der zweiten Krankheitsperiode der Fall war, so steigen die Werte der BORDET-GENGOUschen Reaktion nur in Abhängigkeit von den zugeführten Vakzinemengen, denn auf die Zufuhr von Vakzine reagiert der Organismus mit Produktion von Antikörpern in gleicher Weise wie auf Toxine, die nach erfolgter Infektion im Organismus entstehen.

Am 23. X. abermals Gelenkpunktion. Es wurden 40 ccm Flüssigkeit gewonnen, die 5—10 Leukozyten im Gesichtsfeld enthielt. Die angesetzte Kultur blieb — jetzt zum 6. Male — steril. Am 23. X. injizierten wir 5 ccm Vakzine, am 26. X. 7 ccm. In beiden Fällen traten nur geringe Reaktionen auf.

In dieser Krankheitsperiode stellten wir eine nicht sehr hochgradige Verdichtung dorsal von dem Kniegelenk seitwärts von der Fossa poplitea fest. Der Effekt der Behandlung der Verdichtung mit Diathermie war gering. Am 4. XI. injizierten wir 7 ccm gekochte Milch. Die Reaktion war schwach, die Temperatur stieg auf 37,4°. Am 6. XI. injizierten wir 6 ccm Vakzine, am 9. XI. 9 ccm und am 13. XI. noch 7 ccm. Auf die Vakzine reagierte der Patient ebenfalls nicht sehr stark, eine Herdreaktion war überhaupt nicht nachweisbar. Die Werte der BORDET-GENGOUschen Reaktion stiegen aber auf 1 + bis 2 + und dann auf 2 +. Am 19. XI. injizierten wir abermals 7 ccm gekochte Milch und erhielten eine sehr schwache Reaktion. In der Gegend der Fossa poplitea blieb ein ganz kleines derbes Infiltrat übrig, das wir mit Ionisierung und Diathermie beseitigen konnten.

Die Wiederherstellung der Funktion des Kniegelenks ging sehr schnell vor sich. Fast mit dem Beginn der Vakzinetherapie erlangte der Patient wieder die Gehfähigkeit. Er konnte das Gelenk fast vollständig strecken, dagegen waren die Beugebewegungen etwas eingeschränkt, wohl hauptsächlich wegen der beträchtlichen Flüssigkeitsansammlung im Gelenk. Eine geringfügige Schmerzhaftigkeit blieb noch bis zu der Zeit bestehen, da das Exsudat von den Eiterelementen frei wurde. Nach der ersten Milchinjektion, d. h. nach dem 20. X., konnte der Patient absolut beschwerdefrei umhergehen.

Zuletzt punktierten wir am 8. und 9. XI. und gewannen je 25 ccm seröse Flüssigkeit. Seitdem war bis zur Entlassung des Patienten, d. h. bis zum 27. X., kein Exsudat nachweisbar. Der Patient kommt zu mir jeden Monat zur Kontrolle, zuletzt sah ich ihn am 26. VI. 26. Er geht seiner schweren Arbeit nach (Fuhrmann), trinkt Alkohol und hat geschlechtlichen Verkehr mit seiner Frau. Während der ganzen Beobachtungszeit konnte ich weder in den Geschlechtsorganen, noch im Kniegelenk pathologische Veränderungen nachweisen.

Während der ganzen Behandlungszeit (40 Tage) haben wir im ganzen 3 Milchinjektionen und 11 Vakzineinjektionen gemacht. Die Gesamtmenge der verabreichten Vakzine betrug 61 ccm, enthaltend je 200 Millionen Mikroorganismen in 1 ccm.

In dem Heere der gonorrhoischen eitrigen Arthritiden, die in der Regel zur Ankylose führen, steht unser Fall mit seinem absolut günstigen Ausgang wohl einzig da. Nach 6wöchiger Behandlung konnten wir den Patienten vollständig geheilt entlassen. Die Beobachtung während der folgenden 7 Monate konnte die eingetretene Heilung bestätigen.

Bei der Dosierung der Vakzine ließen wir uns von rein empirischen Gesichtspunkten leiten: bei der Festsetzung jeder folgenden Dosis wurden nur die vorausgegangenen klinischen Reaktionen und die vorher erhobenen Werte der BORDET-GENGOUschen Reaktion berücksichtigt. Der günstige Krankheitsverlauf spricht dafür, daß es in diesem Falle zweckmäßig war, hohe Vakzinedosen einzuverleiben. Der erhebliche Anstieg der Kurve der Werte der BORDET-GENGOUschen Reaktion zeigt, daß der Organismus auf die Vakzineinjektionen im erwünschten Sinne reagiert hat.

Unsere zwei Fälle von gonorrhoischer Arthritis stellen ausgesprochene Gegensätze dar. Im ersten Falle stand im Vordergrund die allgemeine Intoxikation, die durch sehr ausgiebige Resorption der Gifte aus den Samenbläschen bedingt war,

Digitized by Google

im zweiten Falle stand im Vordergrund die lokale Affektion des Gelenkes, aus dem Toxine nur in sehr spärlichen Mengen resorbiert werden. Bei den toxischen gonorrhoischen Arthritiden ergibt die BORDET-GENGOUsche Reaktion 4 +, der Allgemeinzustand ist schwer, es besteht hohe Temperatur, alles weist auf eine Allgemeinvergiftung mit Toxinen hin, bei den metastatischen gonorrhoischen Arthritiden beobachtet man dagegen nur mittelhohe Temperatur, und wir erheben nur 1 + nach BORDET-GENGOU. Im ersten Falle sahen wir unsere Aufgabe darin, den Grad der Allgemeinintoxikation herabzusetzen, im zweiten Falle darin, die Kurve der Werte der BORDET-GENGOUschen Reaktion zum Ansteigen zu bringen 1. durch Steigerung der Autoinokulation aus dem Gelenk — zu diesem Zweck haben wir allgemeine und lokale Reizmittel angewandt —, 2. durch Vakzineinjektion. In unserer Arbeit „Grundsätze der Immunotherapie der Gonorrhoe" haben wir bereits darauf hingewiesen, daß durch Applikation hoher Vakzinedosen auch bei Gesunden eine positive BORDET-GENGOUsche Reaktion erzielt werden kann.

Zur Zeit ist weder die Dosierung der Vakzine ausgearbeitet, noch sind bisher vollkommenere Vakzinen hergestellt worden. Viele Fachleute befassen sich mit der Frage, wieviel Mikroorganismen die Vakzine in 1 ccm enthalten soll, und wieviel Gonokokkenstämme zur Herstellung der Vakzine zu verwenden wären.

Über den ersten Fall ist noch folgendes zu sagen. Vorerst ist der Erfolg der Behandlung durchaus zufriedenstellend. Wir möchten nochmals hervorheben, daß wir, nachdem der Allgemeinzustand darauf hingewiesen hatte, daß die negative Phase durch die positive abgelöst worden war, mit Erfolg eine kleine Vakzinedosis verabreicht haben. Wir sind noch nicht ausreichend unterrichtet über die Einzelheiten des entzündlichen Prozesses in den Samenbläschen. Die Beobachtung des Patienten ergab, daß der Prozeß in den Gelenken erloschen war, der Prozeß in den Samenbläschen aber noch bestehen blieb. Wenn wir in diesem Falle von einer Heilung vorerst auch nicht sprechen können, so weist doch die zur Norm zurückgekehrte Temperatur darauf hin, daß die Autoinokulation abgenommen hat. Derartige Kranke sind nach Aufhören der negativen Phase mit Vakzine zu behandeln. Die einverleibte Vakzine immunisiert den Organismus 1. direkt, 2. indirekt durch Reizung des spezifischen Entzündungsherdes.

Die Erfolge der Behandlung unserer beiden Fälle befriedigen uns um so mehr, als wir hier zum erstenmal eine Therapie angewandt haben, die auf unseren theoretischen Erwägungen aufgebaut ist. Wir mochten nicht behaupten, daß unsere Therapie in allen Einzelheiten richtig war. Auch sind wir uns dessen bewußt, daß wir zur Zeit keine vollkommenen Mittel besitzen, die den Grad der Immunität des Organismus zu erhöhen oder den Grad der Intoxikation herabzusetzen vermöchten. Unsere Grundsätze der Immunotherapie der Gonorrhoe, die theoretisch auf den Ergebnissen der Untersuchungen über den Ausfall der BORDET-GENGOUschen Reaktion aufgebaut sind, sind aber richtig und haben auch der Nachprüfung in der Praxis standgehalten.

Versammlungen

Medizinische Gesellschaft zu Leipzig

Sitzung vom 13. Juli 1926

Vorsitzender: Sudhoff

Rille demonstriert einen Fall mit den der **Pellagra** entsprechenden Krankheitserscheinungen. Bei der 31jähr. Kranken, aus der Gegend von Krakau, seit längerer Zeit in Thüringen als Landarbeiterin tätig, bestehen, ohne daß ausschließlicher Maisgenuß sich nachweisen ließe, charakteristische, scharf begrenzte, graurötlich verfärbte Erytheme beider Handrücken, die sich bis auf das untere Vorderarmdrittel und auf die Beugefläche des letzteren erstrecken, desgleichen solche der Fußrücken, sowie der Kehlkopf- und Nackengegend. Außerdem ist die Hautaffektion noch vielfach atypisch lokalisiert, z. B. in der Achselhöhle, am Rücken und an den Ellbogenhöckern. Die Zunge an ihrer Spitze des Epithels entblößt, lebhaft rot, glatt, von brennender Schmerzhaftigkeit; Vulvitis. Hautkolorit im ganzen fahlgrau, starke Abmagerung, Körpergewicht 47 kg, leidender bekümmerter Gesichtsausdruck, Kopfschmerz, Druck in der Magengegend, seit 3 Monaten andauernde Diarrhoe. Beginn der kutanen Erscheinungen Ende Mai des Jahres.

Digitized by Google

Sitzung vom 16. November 1926

Kiess (Klinik Rille) stellt einen 69jähr. Pat. mit **Lymphogranulomatose** vor. Beginn vor 8 Monaten mit Schwellung der Leistendrüsen, später der Halsdrüsen und des Gesichts, allmählich Übergreifen auf sämtliche periphere Drüsen. Gesicht unförmig, nach oben sich verschmälernd. Linke Gesichtshälfte blaurot verfärbt, derb infiltriert, mit bis erbsengroßen, grauweißen, sagokornartigen Effloreszenzen. An der linken Schläfe eine pfenniggroße, schwarze, nekrotische Partie. Rechte Gesichtshälfte teigig weich, stellenweise fleckig gerötet. Am Stamme sowie den Oberextremitäten seit 6 Wochen spärlich verstreut, dagegen dicht gedrängt auf dem Abdomen unterhalb des Nabels, besonders dicht um die linke Leiste bis zur Mitte der Oberschenkel, links stärker als rechts, dunkel- bis blaurote, längliche und runde, tumorartige, bis halbpflaumengroße, wie auch fleckige Effloreszenzen. Pirquet —, WR —. Polynukleäre, Leukozyten 64%, Lymphozyten 18%, Eosinophile 8%, Monozyten 8%, Übergangsformen 2%.

Rille: **Über Pellagra.** Vortragender gibt zunächst die Epikrise der von ihm im Juli demonstrierten Kranken. Die bei derselben von Anfang an bestehenden depressiven Verstimmungs- und Angstzustände nebst paranoier Einstellung gegen die Umgebung hatten einen solchen Grad angenommen, daß sie Anfang August nach der psychiatrischen Klinik verlegt werden mußte. Hier bildeten sich die pellagrösen Hautveränderungen spontan und vollständig zurück, auch die intestinalen Erscheinungen hatten sich gebessert, die psychischen jedoch gesteigert. Die bei der Autopsie (Prof. Hueck) gefundenen Veränderungen der am 8. November nach zweitägigem hohem Fieber verstorbenen Kranken sind mit dem Grundleiden nicht im Zusammenhange, sondern wohl auf eine sekundäre Infektion zu beziehen. Anatomische Diagnose: Subakute pseudomembranöse Entzündung des Rachens und der Tonsillen, des Pharynx, Ösophagus und Larynx, katarrhalische Tracheobronchitis, katarrhalische Gastroenteritis, entzündlicher Milztumor, Lungenödem, Degeneration der Parenchyme von Herz, Leber und Niere, Lungenemphysem, fibröse Adhäsionen an der Appendix, der Leberkapsel, an Uterus und Adnexen, rotes Knochenmark im rechten Femur. Die bakteriologische Untersuchung ergab im Abstrich und kulturell Diplo- und Staphylokokken sowie grampositive und negative Stäbchen; Soor und Diphtherie sind auszuschließen.

Hierauf bespricht Rille an Hand zahlreicher aus Südtirol, Oberitalien, Bosnien, Serbien und Nordamerika stammender Photographien sowie seiner persönlichen während seiner Innsbrucker Lehrtätigkeit (1898—1902) an Wälschtiroler Kranken gesammelten Erfahrungen die **Hauterscheinungen** der Pellagra. Er gedenkt der namentlich im Anschluß an wiederholte (3 und 4malige) Erythemattacken an den Handrücken sich entwickelnden **Atrophia cutis**, welche sich indes manchmal wiederum zurückbilden könne, wie es z. B. bei der im floriden Zustande abgebildeten Beobachtung seines Lehrbuches der Fall war, ferner des von ihm zuerst beschriebenen Auftretens von **Seborrhoe** zumal im Gesicht bei einzelnen Pellagrakranken. Auch zeigt er die Photographie einer aus der Lombardei stammenden Pellagrösen mit einem charakteristisch ausgeprägten **sternalen Fortsatz** des sog. **Casalschen Halsbandes** zum Beweis, daß die von Merk geäußerte Behauptung, es käme diese Appendix fasciolae nur bei den Männern und niemals bei Frauen vor, nicht richtig ist. Was die für Pellagra spezifische **Vulvitis** angeht, bemerkt Rille, daß sie seinen Nachforschungen zufolge durchaus nicht, wie behauptet wurde, erst in neuerer Zeit bekannt geworden sei, sondern schon im 18. Jahrhundert von Terzaghi, prakt. Arzt in Sestocalende, erwähnt worden ist. Besonders eingehend erörtert der Vortragende die sog. **atypischen Lokalisationen**, von welchen vor den grundlegenden Angaben von Deiaco (1905) so gut wie nichts bekannt gewesen ist. Allerdings konnte Rille nachweisen, daß als allererster bereits 1887 J. Antoniu in Bukarest einschlägige, den Pellagrologen unbekannt gebliebene Beobachtungen gemacht hatte. Gerade diese bei dem neulich demonstrierten Falle mehrfach zu verzeichnenden atypischen Lokalisationen (Axilla, Brust, Ellenbeuge, Olekranon) scheinen dem Vortragenden ganz entschieden für die Auffassung dieses Falles als echter Pellagra zu sprechen. Er bemerkt überdies, daß an den atypischen Lokalisationen die sonst für Pellagroderma pathognomonische und so überraschende Symmetrie nicht selten vermißt werde.

Ausführliche Besprechung widmet R. schließlich der **sporadischen** Pellagra und der sog. **Pseudo-Pellagra** (Pellagroid) unter Vorlage mehrfacher Eigenbeobachtungen der letzteren Art aus der Innsbrucker und Leipziger Klinik. Einzelne dieser zumal bei Alkoholikern und Kachektischen zu beobachtenden solaren Erytheme haben bisweilen weitgehende Ähnlichkeit mit echtem Pellagroderm, wie u. a. der im Juli 1921 beobachtete Leipziger Fall einer 57jähr. mit Tertiärsyphilis behafteten Kranken, wo die Handrücken-

Digitized by Google

affektion nicht nur den charakteristischen, scharf marginierten orbikulären Rand oberhalb der Handgelenkstreckseite, sondern auch Hyperkeratose erkennen ließ.

Eine bisher noch von niemand beschriebene, zirkulär an der Haut des Halses bereits in 3 Fällen Nichtpellagröser von Rille beobachtete entzündliche etwa daumenbreite **Streifenbildung, die mit dem Casalschen Halsbande der Pellagra weitgehende Ähnlichkeit hat,** dürfte ausschließlich in **Arsenwirkung** ihren Ursprung haben.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Actas Dermo-Sifiliograficas

1926, Jahrg. 18, Nr. 4

Präkanceröse Symptome des Penis (Sindrome precanceroso del pene), von E. Alvarez Sainz de Aja. S. 145. Verf. unterscheidet zwei Formen der Entwicklung des Epithelioms am Penis. Bei der ersten Form geht dem Epitheliom eine Balanoposthitis voraus, eine Phimose, eine Seborrhoe und seborrhoische Warzen, bei der zweiten Form, die weniger häufig ist, folgt auf die Balanoposthitis und Phimose die Leukoplasia balanopraeputialis, dann das Epitheliom. Bei der ersten Form besteht die Behandlung in der vollständigen Zirkumzision und Entfernung der seborrhoischen Warzen, bei der zweiten Form in der Zirkumzision und, wenn bereits vorhanden, in der Exstirpation der dann noch restierenden Leukoplakien. Wird diese Behandlung in der zweiten oder dritten Phase gemacht, so können nach Verf. viele Menschenleben gerettet und verstümmelnde Operationen vermieden werden.

Über die spezifische Lokalbehandlung des weichen Schankers (Sobre el tratamiento local especifico del chancro blando), von J. G. Prieto. S. 150. Verf. empfiehlt zur Behandlung von weichen Schankern, besonders den phagedänischen oder auf Jodoform oder Ätzungen resistenten Formen, nach Waschen der Stellen mit heißem Wasser Verbände mit dicken Gazeschichten, die mit einer sterilen, aus Eidotter, Sodalösung, Glyzerin und Gelatine hergestellten, filtrierten Vakzine getränkt sind und mit Guttaperchapapier luftdicht abgeschlossen werden. Drei bis sechs Verbände, die 24 Stunden liegenbleiben, genügen nach Verf. zur Heilung. Bei fluktuierenden Bubonen aspiriert Verf. den Eiter und füllt eine gleiche Menge der Vakzine nach. Auf diese Weise hat er Heilungen in 6 Tagen bei täglichen Injektionen erzielt.

Klinische Bemerkungen zur Keratosis follicularis spinulosa (Breves comentarios clinicos al estudio de la queratosis folicular espinulosa), von B. de Medina-Madrid. S. 154. Bei einem 9jähr. Mädchen beobachtete Verf. an beiden oberen und unteren Extremitäten papulöse Effloreszenzen an den Follikeln, ähnlich den Hornkegeln bei Pityriasis rubra pilaris Devergie, welche an ihrer Spitze einen Dorn oder eine Nadel von 1 mm Länge trugen. Es handelte sich also um eine Keratosis follicularis spinulosa. Histologisch fand sich eine besonders im Niveau der Follikelöffnungen lokalisierte Keratosis, an einigen Schnitten eine geringe perifollikuläre Infiltration. Heilung durch Verabreichung von Natrium salicylicum per os und Salizylsäureseifenbäder.

Kadmium in der Syphilisbehandlung (El cadmio en el tratamiento de la sifilis), von E. Alvarez Sainz de Aja. S. 156. Verf. hat das Cadmium in Kombination mit Neosalvarsan bei manifester sekundärer und tertiärer Lues angewendet. Die Erfolge waren nicht ermutigend, jedenfalls nicht besser als bei Neosalvarsananwendung allein. Verf. bezeichnet das Cadmium in seiner Wirkung und Verträglichkeit dem Hg unterlegen, da es alle Nachteile des Hg hat, ohne Vorteile vor ihm zu besitzen.

Die Autohämatotherapie in der Dermatologie (La autohematoterapia en Dermatologia), von R. Lancha Fal. S. 158. Die Eigenblutbehandlung erweist sich als ein Mittel erster Ordnung bei dem Zoster und der Urtikaria. Es ist nützlich bei

Digitized by Google

Prurigo, Lichen in seinen verschiedenen Variationen und bei dem Erythema multiforme. Es kommt als Heilmittel an zweiter Stelle bei der Behandlung der großen Hautreaktionen, die wir unter dem Namen Ekzem, Psoriasis, Pemphigus usw. kennen. Hier ist die therapeutische Wirkung sehr unsicher.

R. Ledermann-Berlin.

Ginorale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

1926, Bd. 67, H. 5

Ein ungewöhnlicher klinischer und histologischer Befund bei Morbus Darier (Psorospermosis) und Betrachtungen über die Pathogenese dieser Krankheit (Di un reperto clinico ed istologico insolito nel morbo di Darier [psorospermosi] e considerazioni sulla patogenesi di questa malattia), von T. Scomazzoni, Derm. Univ.-Klin. Mailand. S. 1317. 46jähr. Frau. Erstmaliger Ausbruch des Leidens in Form eines nässenden Ekzems des behaarten Kopfes während einer Schwangerschaft. Dauernde Heilung nach der Geburt. Zurückbleiben von Erscheinung einer Seborrhoea sicca und oleosa und von Hautjucken am ganzen Körper. Bei Eintritt in die Wechseljahre neuer Anfall, begleitet von Magen-Darmstörungen. Hauptsitz: behaarter Kopf. Strahlenbehandlung heilte am übrigen Körper ab, am Kopfe kam es zu einer „ekzematösen" Bildung. Beim Zurückgehen wandelten sich diese Ekzemelemente in typische Darier-Knötchen um. Der Fall ist ausgezeichnet einmal durch das fast ausschließliche Befallensein des behaarten Kopfes wie das jedesmalige Beginnen unter dem Bilde einer exsudativen Form und die klinisch und mikroskopisch beobachtete Umbildung der „Ekzem"-Elemente in typische Formen. Die Krankheit ist nach S. eine Genodermatose, bei welcher eine angeborene Disposition besteht, auf verschiedenartige Störungen, die von verschiedenen Reizen hervorgerufen werden, in spezifischer Weise zu antworten. Chronische Reize, wie die Seborrhoe, erzeugen unmittelbar spezifische Formelemente; akute erreichen dieses über das Zwischenstadium einer entzündlichen Reaktion.

Die konstitutionellen Triebkräfte der Darierschen Krankheit (I Fattori costituzionali della malattia di Darier), von M. Artom. S. 1332. Beschreibung eines typischen Falles bei einem 26jähr. Idioten, der seit seinem ersten Lebensjahre an der Krankheit leidet. Auch in der Literatur finden sich zahlreiche Angaben über gleichzeitige geistige und körperliche Minderwertigkeit bei solchen Kranken. In vorliegendem Falle wurde neben der Idiotie auch eine Unterwertigkeit aller biometrischen Maßzahlen, wie sie die Violaschen Tafeln angeben, gefunden. Artom hält die Krankheit für die unmittelbare Folge endokriner Funktionsstörungen, aber auch für eine Genodermatose. Bei so gegebener latenter Disposition wirken dann verschiedenartige Reize auslösend.

Über einen Fall von Melanodermatitis toxica lichenoides et bullosa Hoffmann (Su un caso di „melanodermitis toxica lichenoides et bullosa"-Hoffmann), von E. Freund-Triest. S. 1348. 38jähr. Postbeamter. Bestehen der Krankheit seit 5 Monaten. Progressive Schwarzfärbung von Gesicht, Hals und Vorderarmen. Ursache: Die Dämpfe von pechhaltigem Siegellack mit Paraffin. Begünstigend dürften gewirkt haben: Hyperidrosis, wodurch der Stoff leichter in die erweiterten Poren gelangte, und Reiben mit dem Taschentuch. Der Inhalation von Dämpfen dürfte kein besonderer Einfluß zuzuschreiben sein. (Andere Beamte desselben Raumes blieben verschont.) Die Versuche mit Opotherapie waren bis jetzt ziemlich ergebnislos. Die Untersuchung auf Störungen des sympathischen und endokrinen Systems ebenso. Das Pigment war netzförmig längs dem Verlaufe der oberflächlichen Hautvenen angeordnet. Weiterhin fiel Schwund der Haut auf. Histologisch: Leichte Atrophie der Epidermis, Hyperchromatose, Ödem des Stratum spinosum mit Vakuolenbildung in den Zellen, größere Vakuolen im Stratum basale, dessen Zellen fast leer von Pigment sind. Degeneration der elastischen Fasern, zahlreiche perivaskuläre Rundzelleninfiltrate mit Anhäufung von Chromatophoren. Solche neben freien Pigmentkörnern auch im Bindegewebe der Papillen. Talgdrüsen und Ausführungsgänge der Schweißdrüsen sehr atrophisch und zystisch entartet. Haare verkümmert und Zeichen kolloider Degeneration tragend. Starke Dopareaktion der Epidermis, besonders des Stratum basilare, weniger starke an den Haaren (Entartungsfolge); keine im Korium. — Eingehende Zusammenstellung der bis heute beobach-

Digitized by Google

teten Melanodermien, die durch Berührung von Teer oder Teerabkömmlingen oder durch Einatmung von Teerdämpfen entstanden waren. Anhangsweise: Ein Fall von Hyperchromie des Gesichtes durch Einwirkung petroleumhaltigen Vaselins und ein Fall von Teerakne bei einem kleinen Kinde durch Einwirkung von Kohlenstaub.

Beitrag zur Kenntnis einiger besonderer Hautansiedelungen des Trichophyton und Achorion (Contributo alla conoscenza di alcune particulari localizzazioni cutanee del Trichophyton ed Achorion), von G. Falchi, Derm. Univ.-Klin. Pavia. S. 1382. 1. Fall: Subakutes, symmetrisches, schuppendes Erythem der oberen Glieder. Pellagraähnlichkeit. 2. Fall: Höchstakute, symmetrische, erythemato-vesikulöse Hautentzündung der Handrücken und des unteren Drittels des Unterarmes. Bild eines Ekzema madidans. Ursache: Trichophyton gipseum asteroides. 3. Fall: Erythematopapulöser Ausschlag des Gesichts. Ursache: Tr. gypseum radiolatum. 4. Fall: Symmetrische Herde an den oberen Extremitäten; stürmische Epithelabstoßung und nässender Charakter. Ursache: Tr. felineum. 5. Fall: Blasig-geschwürige Hauterkrankung der Fußsohle. Ursache: Tr. crateriforme. Blasenbildung auf den Zehenrücken. Ursache: Tr. cerebriforme. Die besonderen klinischen Formen seien zurückzuführen im besonderen auf die individuellen Verschiedenheiten, mit welchen die Haut auf physikalische und bakterielle Reize antwortet, und auf den Pilz selbst. Zwischen der Form der Hauterkrankung und der Pilzgattung besteht aber kein Parallelismus. Tierische und menschliche Stämme gleichen sich hinsichtlich Virulenz und pathogener Kraft. Falchi fordert für jeden Fall die Vornahme der Kultur; die bloße mikroskopische Untersuchung schützt nicht vor Verwechslung mit echten und scheinbaren Hefepilzerkrankungen. — Weiterhin: Fall von erythemato-pustulösem Ausschlag des Lidrandes ohne Ergriffensein der Zilien bei typischem Herpes tonsurans vesiculosus des Gesichts (Tr. album) und ein Fall erythemato-desquamativer Erkrankung des Lidrandes mit Aussparung der Zilien bei diffus ausgebreitetem Erbgrind. Ursache: Achorion Schönleinii. Die Bedeutung und Ausbreitung des Trichophyton ist viel größer, als man bis heute geglaubt hat und dürfte die Ursache mancher voreilig klassifizierter Hauterkrankungen sein.

Der Ursprung des Hautpigmentes vom Pyrrol und Indol und die Zellen mit farbbildender Tätigkeit (L'origine pirrolica ed indolica del pigmento cutaneo e le cellule a funzione cromatopoietica), von P. Introzzi, Path.-anat. Univ.-Inst. Pavia. S. 1414. Zahlreiche Injektionsversuche an Tieren und an Menschen, dort bei normal pigmentierten und Albinos, bei in der Ebene gehaltenen und bei zum Studium der Einwirkung der ultravioletten Strahlen im Mossoschen Institut auf dem Monte Rosa beobachteten. Bei gefärbten Tieren wirken Substanzen mit Pyrrol- und Indolkern melaninerzeugend. Letztere enthalten die chromogene Gruppe, welche mittels enzymatischer Oxydation die Bildung von schwarzem Pigment erzeugt. Dieses ist dem normalen Pigment ganz gleichartig. Die Pigmentbildung vollzieht sich sowohl bei dem Licht ausgesetzten wie bei lichtgeschützten Tieren. Albinos zeigen bei keiner Versuchsanordnung Pigmentierung, weil ihnen die spezifischen melaninbildenden Zellelemente und das die chromogene Gruppe oxydierende Ferment fehlen. Implantiert man solchen Tieren pigmenthaltige Haut, so wird das Pigment der eingesetzten Stelle einfach resorbiert. Beim Menschen bewirkt die Injektion chromogener Substanzen keine Farbstoffbildung. Das Hautpigment wird in den Basalzellen und den dendritisch verzweigten „Melanoblasten", welche das Rete durchsetzen, gebildet (Abbildung). Das Korium erzeugt kein Melanin. Melaninbeladene Körperchen desselben sind nur Chromatophoren, welche Epidermispigment abtransportieren.

Die Fox-Fordycesche Dermatose (La dermatosi di Fox-Fordyce), von L. Nardelli-Trient. S. 1458. Literaturübersicht. Beschreibung eines eigenen Falles bei einer 37jähr. Frau. Der Hauptsitz der Fordyceschen Krankheit ist um die Ausführungsgänge und Mündungen der apokrinen Drüsen. Sie ist eine Neurodermitis dieser Ausführungsgänge. Charakteristisch ist die umschriebene Hyperkeratose und Parakeratose um die Follikelmündungen. Auch Nardelli konnte beobachten, daß die Zellen des Malpighischen Zapfens, welcher vom Follikel durchbohrt wird, in dessen Nähe Degenerationszeichen aufweisen; dieses spricht für die Absonderung einer schädlichen Substanz aus dem Follikel. Auch im vorliegenden Falle wurden Veränderungen an den inneren Sexualorganen gefunden. Hierdurch dürften endokrine sympathische Störungen entstanden sein. (Die Patientin war ausgesprochen vagotonisch.)

Über die Mongolenflecke (Sulle chiazze mongoliche), von F. Narducci, Derm. Univ.-Klin. Perugia. S. 1476. Verf. sieht einen bräunlichen Fleck, den er in der

Digitized by Google

Schultergegend einer 31jähr. Frau gefunden hat, für einen Mongolenfleck an. Mikroskopische Untersuchung dieses Fleckes und eines Stückchens Skrotalhaut eines Makaken: Beide Male Anhäufung eigenartiger Melanoblasten in der Tiefe der Kutis. Das Vorkommen des Mongolenfleckes wird unter der bequemen Benutzung phylogenetischer Doktrinen erklärt. A. v. Notthafft-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1926. Bd. 7, Nr. 11

Les tumeurs artificielles provoquées par les injections sous-cutanées d'huiles minérales (Durch subkutane Mineralöl-Einspritzungen hervorgerufene artifizielle Geschwülste), von Ch. Lenormant und P. Ravaut. S. 601. Nach Einspritzung von Kampferöl und anderen mineralischen Ölen wurden häufiger Tumoren an den Injektionsstellen beobachtet. Sie entstehen nicht sofort, sondern im allgemeinen 2 bis 4 Wochen, ja sogar erst 3 Monate bis 1 Jahr nach der Einspritzung. Manchmal bilden sich viele indurierte Knoten, die nachher zu einem Tumor zusammenfließen. Zu Beginn ist die Haut über dem Knoten normal, bald bilden Haut und darunter liegender Tumor ein zusammenhängendes Ganzes. Die Haut wird blaurot, zuweilen zeigt sie Abschuppung. Kleine Zysten erscheinen als gelbe Flecke in der roten Haut und täuschen Lupusknötchen vor. In einigen Fällen entwickeln sich an Stelle der Knoten Abszesse und sehr schwer heilende Fisteln. Von einzelnen Autoren werden an anderer Stelle auftretende Sekundärtumoren — regelrechte Metastasen — beschrieben. Diese Fälle sind äußerst selten. Durand und Michon berichten über eine solche Beobachtung. Bei einem 20jähr. Mädchen waren nach Kampferöleinspritzungen harte Knoten am linken Oberschenkel entstanden. Exstirpation derselben. Nach kurzer Zeit Auftreten eines neuen Knotens im Gebiete des Pectoralis major. — Differentialdiagnostisch kommen subkutane Sarkoide, Erythema induratum und Gummen in Betracht. Histologisch ist die oft zu findende tuberkuloide Struktur in der Kutis zu erwähnen. Experimentell sind die beschriebenen Tumoren nicht zu erzeugen. Therapeutisch ist breite und tiefe Exstirpation angezeigt; Rezidive sind möglich.

Contribution à l'étude pathogénique des dermatoses (Beitrag zum pathogenetischen Studium der Dermatosen), von B. Dujardin und N. Decamps. S. 629. Anaphylaxie, Heteroallergie und „Hyperpexie" spielen in der Pathogenese der Dermatosen eine große Rolle. Chronizität und Rezidive sind durch additionierte Wirkung der ätiologischen Momente zu erklären.

Nouveau procédé pour inspecter la muqueuse rectale chez la femme (Neue Methode zur Sichtbarmachung der Rektalschleimhaut beim Weibe), von O. Jersild-Kopenhagen. S. 642. Der in die Vagina eingeführte Zeigefinger der rechten Hand drückt gegen das Rektum, mit einigen Fingern der linken Hand übt man in der Perinealgegend einen Gegendruck aus; dadurch wird ein etwa 50-centimes- bis 1-francstückgroßer Teil der Rektalschleimhaut gut sichtbar gemacht. Normale Schleimhaut ist sofort von entzündeter zu unterscheiden. Bei 60—70% aller untersuchten Frauen gelang der Handgriff stets, bei dem übrigen Teil (besonders Kinder) war die Sphinkteranspannung zu groß. Bei Rektalblennorrhoe ist auf diese Weise leicht Eiter zu entnehmen. (Durch diese Methode sind auch leicht Oxyuren, die tagsüber gern in diesem Teil der Schleimhaut sitzen, zu erkennen. Ref.)

Leucoplasie sur mélanose précancéreuse de la lèvre (Leukoplakie und präkanzeröse Melanose der Lippe), von A. Nanta. S. 645. Bei einem 42jähr. Pat. findet sich auf dem Kinn, unterhalb des linken Mundwinkels, ein 3 cm im Durchschnitt messender, tief braun pigmentierter Fleck, der auch die benachbarte Lippenschleimhaut bis zum Zahnfleischrand einnimmt. Ein linsengroßer gleicher Fleck auf der gegenüberliegenden Stelle der Zunge. Keine Drüsenvergrößerung, keine Sensibilitätsstörung. Über die Pigmentierung auf der Lippe ziehen weiße, opake Stränge (Leukoplakie), die der Kranke vorher nicht bemerkt hat. Infolge raschen Wachstums des melanotischen Fleckes Radiumbestrahlung. — Nach 6 Monaten stellt sich Pat. wieder vor, Rückgang der Erscheinungen. Die histologische Untersuchung ergibt eine sehr ausgedehnte Pigmentierung der Epidermis und Kutis. Keine Spur von Naevokarzinom. Im Gegensatz zu der von anderen Autoren auf dem Straßburger französischen Dermatologenkongreß geäußerten Ansicht stellt Verf. fest, daß

Digitized by Google

bei vorliegendem Falle die gleiche Zelle eine metaplastische Doppelfunktion aufweist, die Neigung zur Pigmentierung und zur Verhornung. — Wenn man die Leukoplakie als eine präkanzeröse Affektion auffaßt, so hat es den Anschein, als ob hier die ausgedehnte Pigmentanlage die Bildung eines Karzinoms vorbereitet oder möglich gemacht hat, denn die erste Etappe zum malignen Wachstum hin ist ja zurückgelegt. A. Holländer-Bielefeld.

Il Dermosifilografo

1926, Jahrg. 1, Nr. 8

Über Kalziumchlorid beim Ekzem (Sul clorurodi calcio nell' eczema), von E. Bizzozero-Perugia. Es wurden 56 Fälle von Ekzem mit 0,3—1,0 Kalziumchlorid endovenös behandelt. Außer der bekannten Hitzewelle keine üblen Zufälle. Resultate: Negativ bei 7 Fällen (4 davon die Brustwarze betreffend), ebenso erfolglos bei einigen seborrhoischen Retroaurikularekzemen. Dort, wo keine Heilung erfolgte, zeigte sich wenigstens, daß früher erfolglos angewendete Salben jetzt prompte Heilung brachten. Es fehlte aber auch nicht an Rezidiven. Kalziumchlorid per os wirkungslos. — Die günstige Wirkung des $CaCl_2$ besteht nicht hauptsächlich in einer Verminderung der Durchlässigkeit der Gefäßwände und der Zellmembran: Die Versuche von Dresel und Jakobowitz wiederholend, hat er dann 5 Pat. 1 mg Adrenalin injiziert und 2 Tage später diese Injektion nach 2 Stunden vorher vorgenommener Einverleibung von 0,6 $CaCl_2$ wiederholt, worauf er die Differenzen des Blutdruckmaximums, dann die des Pulses und des minimalen Druckes beim Aschner-Daguinischen Phänomen bestimmte. Er fand dabei, daß sich die Wirkung des Ca mit der des Adrenalins summiere. Ferner wurden die von Pellé bei neun tuberkulösen Pat. vorgenommenen Versuche wiederholt, und Verf. konnte nicht nur nach 5 bis 10 Min., wie P., sondern auch nach 20—30 Min. eine deutliche Leukopenie feststellen, was er als Ausdruck einer hämoklasischen Krise auffaßt. Die Gerinnbarkeit des Blutes war vermindert, ebenso eine Verminderung der Retraktibilität des Koagulums und des refraktometrischen Index festgestellt, sowie in 3 Fällen eine Verringerung der Dichte, dagegen kein Unterschied in der Sedimentierungsgeschwindigkeit der Erythrozyten gefunden. Alle diese die hämoklasische Krise charakterisierenden Phänomene nähern die Wirkungsweise des $CaCl_2$ derjenigen einer spezifischen oder nichtspezifischen Proteintherapie, und Verf. glaubt, daß die Wirkungsweise des $CaCl_2$ die eine Serie von Choks nicht nur im Blute, sondern auch im Gewebe bedeute, welche den Körper davor schützen, auf die sein Ekzem provozierenden Antigene (Theorie Bloch!) zu reagieren, wodurch auch ein neuer Beweis dafür erbracht wäre, daß Idiosynkrasie, Anaphylaxie und Sensibilisation innig miteinander zusammenhängen. Natürlich können auch andere Faktoren (Verminderung der Durchlässigkeit der Gefäßwand und der Zellmembran, Einwirkung auf das vegetative Nervensystem) günstige Folgen der $CaCl_2$-Wirkung sein.

Das Trockenkomplement des Meerschweinchens bei der Bindungsreaktion (Il complemento secco di cavia nella reazione di fissazoone), von P. Luridiana u. L. Pais, Cagliari. Prüfung an 500 Fällen, die das Komplement der Firma Gans von Oberursel als vollständig ausreichend erwiesen hat.

Verträglichkeit und Wirksamkeit der endovenösen Injektionen des „Neoargyrolo" bei der Behandlung der Syphilis (Tolleranza ed efficacia delle iniezioni venose di neoargirolo nella cura della sifilide), von G. Piccardi-Turin. Versuche mit dem dem Neosilbersalvarsan (Höchst) analogen Präparate Castellis des Istituto chemioterapico Ital., Florenz, „Neoargirolo". Behandelt wurden: 1. arsenintolerante Pat., welche schon früher nitritoide Krisen mit Arsenobenzolen durchgemacht hatten; 2. Kranke mit schweren Gefäßstörungen; 3. über 70 Jahre alte Pat. Dosierung 0,05—0,3, endovenös. Es wurden auch — gelungene — Abortivkuren durchgeführt. Verf. hält auf Grund seiner Versuche das Mittel für den anderen Sa-Präparaten ebenbürtig, ohne deren Nachteile zu besitzen.

Über einen Fall von Urticaria pigmentosa (Sopra un caso di urticaria pigmentosa), von V. Cuccia-Palermo. 10 Mon. altes, normal geborenes Kind. Die Affektion begann 2 Mon. nach der Geburt. Objektiv außer mäßigem Milz- und Lebertumor nichts nachweisbar. WR, MTR, Hecht, Pirquet negativ. Im Urin nichts Patho-

Digitized by Google

logisches. Blutbild: 4 200 000 rote, 13 120 weiße Blutkörperchen. Hämoglobin 70%, Lymphozyten 49%, Monozyten 6%, Eosinophile 7%, Neutrophile 38%. Jegliche Therapie, auch die Injektion des väterlichen Blutes in die Glutäen des Kindes, ohne Erfolg.

Nephritis nach Impetigo (Nefrite da impetigine), von **M. Artom-Novara.** 2 Fälle von mäßiger Albuminurie nach Impetigo bei 2 Kindern. Rasche Heilung.

1926, Jahrg. 1, Nr. 9

Einfache und praktische Methode zum Nachweise von Myzeten in den Nägeln und in der Hornsubstanz (Metodo semplice e pratico per la di mostrazione di miceti nelle unghie e nella sostanza cornea), von C. Lombardo-Pisa. Die neue, vom Verf. geübte Methode besteht in einfacher Einbringung des zu untersuchenden Materials in Zedernöl.

Goneal bei der Behandlung einiger blenorrhoischer Komplikationen (Il Goneal nella cura di alcune complicazioni blenorragiche), von E. Tarantelli-Rom. „Goneal", ein vom Istituto Opoterapico Nazionale in Pisa hergestelltes Präparat, ist ein Doppelsalz des kolloidalen Silbers und Kalkes. Gute Erfolge bei 214 Pat.

Über die Endokrinopathien der kongenitalen Syphilis (Sulle endocrinopatie della sifilide congenitale), von G. Sannicandro-Bari. Zwei Fälle von familiärem Hypothyreoidismus im zarten Kindesalter und ein Fall von Tetaniesyndrom, bedingt durch Hypoparathyreoidismus, das im 17. Lebensjahre ausgebrochen war. Bei allen drei Fällen Zeichen von Heredolues. Während man im letzten Falle mit der spezifischen Therapie deutliche Besserung und durch Hinzufügung einer parathyreoiden Opotherapie vollständige Heilung erzielte, erhielt man bei der Patientin, welche an einer Alopecia areata litt, mit spezifischer Behandlung nur geringe Resultate, sehr gute aber durch entsprechende Opotherapie (Thyreoidea). Dies spricht aber durchaus nicht gegen die luetische Natur der gestörten Drüsenfunktion, da die spezifische Behandlung zwar auf den Parasiten Einfluß hat, aber nicht auf die durch ihn gesetzten Veränderungen. Daher soll die Behandlung eine doppelte, das ist antiluetisch und opotherapeutisch, sein.

Alopecia areata, hypophysäre Insuffizienz und unbekannte Syphilis. Syphilitisches Endokrinid (Alopecia areata; osteomielite ed insufficienza iopofisaria con sifilide ignorata. Endocrinide sifilitica), von P. A. Meineri-Turin. 19jähr. Arbeiterin. Mutter wiederholt spontan abortiert. Im 15. Lebensjahre: Unruhe, Reizbarkeit, Kopfschmerzen, menstruelle Beschwerden, hochgradige Fettbildung und Osteomyelitis des rechten Schienbeines, das, operiert, nicht mehr heilen wollte. Gleichzeitig hochgradige Alopecia areata. Die somatische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer hypophysären Insuffizienz, was durch die pharmakodynamischen und anderen Proben bestätigt wurde. WR und MR positiv. Es wurde daher eine syphilitische Affektion des vorderen Lappens der Hypophysis angenommen und eine spezifische Kur eingeleitet, welche in 4 Monaten sämtliche Symptome beseitigte.

Reinfektion, Pseudoreinfektion und syphilitische Superinfektion (Reinfezione, pseudoreinfezione e superinfezione sifilitica), von Gi. Piccardi-Turin. Vortrag, gehalten auf dem Kongreß für Dermatologen und Syphilidologen französischer Zunge in Brüssel, Juli 1926.

Die Syphilis in ihren sozialen Beziehungen (La sifilide nei suoi rapporti sociali), von F. Travagli. Arbeit allgemein-statistischen Inhalts. E. Freund-Triest.

Bücherbesprechungen

Die vollkommene Ehe, von Th. H. van de Velde. (Verlag B. Konegen, Med. Verlag, Stuttgart 1926.) Geschlechtsphysiologie und Anatomie, der Geschlechtsverkehr und seine Technik, die Hygiene der Ehe in allen ihren Phasen werden mit einer zunächst ein wenig erschreckenden und selbst dem Arzt völlig ungewohnten Deutlichkeit in gemeinverständlicher Form erörtert. Daß dieses Buch überhaupt möglich werden konnte, ist dem unbeirrbaren Taktgefühl und der äußersten Sachlichkeit des Verfassers zu danken. Zu einer vollkommenen Ehe gehören Studium und Wissen der geschlechtlichen Möglichkeiten. Vereinheitlichung der seelischen und körperlichen Komponenten der geschlechtlichen Liebe ist das Ziel der Ehe, Gestaltung des

Digitized by Google

Liebesgenusses zu höchster Vollkommenheit, Harmonie, hygienischer Zweckmäßigkeit sind Gewähr und Vorbedingung für eine vollkommene Eheform. Es ist wohl die Absicht des Verf., durch die hohe Bewertung des Liebesspieles, selbst in seinen absonderlicheren und vielfach verpönten Äußerungen, die Ehe von moralischen Vorurteilen zu befreien, die oft genug den Keim zu ihrer Zerstörung bilden. Man möchte das Buch unvorbereiteten, an eine so freimütige Behandlung des Themas nicht gewöhnten Laien nur unter einigen Bedenken empfehlen. Für jeden Arzt, für jeden, der in schwierigen Situationen des geschlechtlichen Lebens helfen oder beraten soll, wird es völlig unentbehrlich sein. M. Gumpert-Berlin.

Generalregister der Bände 54—75 (1912—1922) zur Dermatologischen Wochenschrift, von R. Frühwald. (VIII, 643 Seiten. RM. 44.—. Verlag Leopold Voß, Leipzig.) Wiederum hat sich Frühwald, unterstützt von jüngeren Kräften, der opferreichen Aufgabe unterzogen, für weitere 20 Bände, die den Zeitraum von 1912—1922 bedeuten, in ganz besonderer, geradezu einziger Weise das Generalregister anzulegen. Es ist speziell zum Zwecke der Literatursuche zu wissenschaftlichen Arbeiten eingerichtet worden. Alles wirklich Zusammengehörige ist zusammengestellt worden, so daß die Literaturübersicht wesentlich erleichtert ist. Im Verfolg dieser grundsätzlichen Anordnung werden die besonderen Unterteilungen verständlich, die zu den verschiedenen Krankheiten gehören. Wer z. B. für die SGR oder Mischspritzen oder für die Syphilis irgend eines Organes aktuell interessiert ist, findet sich leicht bei dem gewünschten Ziele in einer dieser Sonderabteilungen. F. hat sich den bleibenden Dank dafür erworben, daß er dem Dermatologen die Umschau in den Problemen unserer schnell fortschreitenden Spezialdisziplin so sehr erleichtert hat. Der klare und weite Druck sei noch besonders betont.
E. Delbanco-Hamburg.

Handatlas der Zystoskopie, von O. Kneise-Halle-Wittenberg. (2. Aufl. Preis R.M. 42,—. Verlag G. Thieme, Leipzig 1926.) Der im Jahre 1907 zum erstenmal erschiene Handatlas liegt nun in zweiter Auflage vor. Das Buch ist eine Vereinigung von Lehrwerk und Kunstwerk in höchster Vollendung. Sein Verf. ist nicht nur Arzt und Urologe, sondern auch Künstler, und nur das Zusammenbestehen beider Eigenschaften ermöglicht es, mit einem solchen Werk an die Öffentlichkeit zu treten. Kneise hat die 102 zystoskopischen Bilder selber nach der Natur in Aquarell gemalt. Das ist der Vorzug dieses Atlas vor den bereits vorhandenen ähnlichen Werken, deren Abbildungen von nichtärztlichen Malern stammen. Wie der Verf. selber sagt, kann ein Maler nicht Fachmann auf zystoskopischem Gebiet sein; dadurch bekommen aber die Bilder oft etwas Schematisches. Die Kneiseschen Abbildungen nun entzücken im höchsten Maße das Auge des Zystoskopikers. Die bescheidene Anfrage des Verf. an seine Leser, ob er die Schwierigkeiten mancher Phänomene malerisch bewältigt habe, kann nur mit einem uneingeschränkten Ja beantwortet werden. Es wäre zu wünschen, daß das Werk die allerweiteste Verbreitung fände, daß ferner nicht nur die Bilder bewundert und für Studium und Unterrichtszwecke verwandt werden, sondern daß auch die einleitenden Worte des Verf. über Wesen und Bedeutung der Urologie größte Beachtung erfahren. Die Ausstattung des Buches ist würdig seines Inhalts. Verlag und Verf. haben hier ihr Bestes gegeben.
O. A. Schwarz-Berlin.

Vererbungslehre, Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik, von H. W. Siemens. (Verlag J. F. Lehmann, München 1926.) Die 3. Auflage des Siemensschen Buches zeigt gegenüber der vorherigen eine wesentliche Vermehrung und Verbesserung durch Zufügung der wichtigen Kapitel über die Erbforschung beim Menschen und die soziale Auslese. Durch klare Übersichtlichkeit, knappe und doch alles Wesentliche betonende Darstellung sowie durch leichte Verständlichkeit ist es besonders geeignet, jedem, der sich über die Grundlagen der Vererbungslehre schnell unterrichten will, als Führer zu dienen. In einem Punkte glaubt allerdings Ref. einen Einwand geltend machen zu müssen. Es entspricht nach seiner Auffassung nicht der Wesensart eines solchen Buches, daß so strittige Fragen wie die der Erbgleichheit monozygoter Zwillinge und der Erblichkeit der Naevi lediglich im Sinne des Verf. dargestellt werden. Es dürfte sich für ein Buch wie das vorliegende empfehlen, zur Zeit noch strittige Fragen zum wenigsten auf rein wissenschaftlichen Gebieten, auf denen sich der Leser selbst kein Urteil bilden kann, entweder wegzulassen oder als solche deutlich zu kennzeichnen. Natürlich soll im letzteren Falle dem Verf. nicht das Recht bestritten werden, seinen Standpunkt zu vertreten. Besonders begrüßenswert ist die

Digitized by Google

Betonung des Standpunktes, daß die wahre Rassenhygiene jenseits von Rassen- und Klassenhaß steht. Mit seinen Ausführungen hierzu erwirbt sich Verf. ein großes Verdienst um die Einigung unserer durch die bezeichneten Haßgefühle leider so zerrissenen und gefährdeten Volksgemeinschaft, und man kann schon aus diesem Grunde nur wünschen, daß das Buch einen großen Leserkreis finden möge.

L. Leven-Elberfeld.

Praktikum der Hochfrequenztherapie, von H. L. Stieböck-Wien. (Verlag J. Springer, Wien 1926.) Das Werkchen umfaßt sechs Vorträge, von denen fünf der Diathermie und einer der Phototherapie gewidmet ist. Die Diathermie, ihre physikalischen Grundlagen, ihre Anwendung, die Indikationen und Kontraindikationen sind in kurzer klarer Weise erläutert. Bei der Beschreibung des Diathermieapparates wäre eine Abbildung wünschenswert. Die phototherapeutische Methodik ist dagegen zu kurz gekommen, sowohl in bezug auf die Aufzählung der gebräuchlichen Apparaturen als auch in bezug auf die Anwendungsmöglichkeiten des Lichtes.

J. Callenberg-Horst-Emscher.

Mitteilungen aus der Literatur

Prurigo und Pruritus

Bromnatrium intravenös injiziert zur Behandlung einiger Dermatosen (Il bromuro di sodio per via endovenosa nel trattamento di alcune dermatosi), von W. Pierangeli. (Rinascenza Med., 1925, Nr. 19.) Verf. behandelte mit intravenösen Injektionen einer 10%igen Bromnatrium-Serumlösung 16 Dermatosen und erzielte bei Ekzem und Urtikaria überhaupt nichts, bei Pityriasis rosea nur geringen Erfolg. Sehr gut wirkten die Injektionen dagegen bei allen auf neurotischer Grundlage beruhenden Pruritusfällen. Bei den oben beschriebenen Dermatosen, die nicht geheilt wurden, verminderten die Injektionen wenigstens die subjektiven Beschwerden.

H. Colman-Berlin.

Bromostrontiuran, ein Mittel zur Bekämpfung juckender Hauterkrankungen, von E. Hartmann und K. R. v. Roques, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (M. m. W., 1926, Nr. 44, S. 1841.) Nach den experimentellen Arbeiten von Boruttau und Grassheim wurde vom Ref. das Strontiuran in die dermatologische Therapie eingeführt. Es dient zur Behandlung angioneurotischer und urtikarieller Prozesse und zur Vermeidung der Überempfindlichkeitserscheinungen bei der Salvarsantherapie. Es hat vor den Kalziumpräparaten den Vorteil, daß alle Nebenerscheinungen fehlen. Nach den Erfolgen der Lebedewschen intravenösen Bromtherapie haben Verff. von derselben Firma (Dr. R. u. O. Weil) ein Bromstrontiuran herstellen lassen, das sich bei juckenden Dermatosen, besonders dem Pruritus und der Urtikaria, bewährt hat. Erwähnenswert ist, daß Teerbehandlung nach vorhergehender Bromstrontiurantherapie besonders gut vertragen wird.

F. Rosenthal-Berlin.

Traitement des affections prurigineuses par la lévosure d'hyoscine et l'aldehyde de camphre (Behandlung juckender Affektionen mit Calmitol), von M. Fuchs-Bern. (J. de Méd. de Paris, 1926, Nr. 43, S. 894—895.) Die Behandlung geht von der Vorstellung aus, daß es sich beim Pruritus um eine Affektion des Sympathikus handelt. Die Behandlung mit Calmitol bezweckt eine Einwirkung auf die peripheren Verzweigungen des parasympathischen Nervensystems, wozu eine besondere Resorptionsfähigkeit des Medikamentes geschaffen werden mußte. Bei verschiedenen mit Jucken verbundenen Affektionen wurden gute Erfolge erzielt.

E. Levin-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Wundbehandlung durch lokal chemische Beeinflussung des Gefäßnervensystems, von F. Schück, Städt. Krkhs. Am Urban Berlin. (Kl. W., 1926, Nr. 43, S. 2014.) Die Wechselwirkung der Beeinflussung des Gefäßnervensystems durch Kalium und Kalzium muß auch für die Wundheilung herangezogen werden. Verf. konnte beobachten, daß selbst schlechte und indolente Granulationsflächen durch Umschläge mit einer 0,6%igen Kaliumchloratlösung in ganz kurzer Zeit sich säuberten und kräftige und frische Granulationen aufwiesen. Die Epithelbildung wird nicht hier-

Digitized by Google

durch gefördert, ließ sich aber leicht durch einen Adrenalinborsalbenverband in Gang bringen. Im übrigen sind Heilung und Überhäutung zwei nicht miteinander identische Begriffe. Kalzium als Antagonist des Kaliums wirkt stark entzündungshemmend. Es ist angebracht, um eine Abschwächung der Kaliumwirkung herbeizuführen. Die besten Erfolge werden erzielt, wenn Kalium und Kalzium abwechselnd auf die Wundflächen einwirken. E. Langer-Berlin.

Über sogenannte epithelisierende Wundsalben, insbesondere Epithelan, von C. Moncorps, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrankht. München. (Ther. d. Gegenw., 1926, H. 10, S. 477.) Die von den Orbiswerken, Braunschweig, hergestellte Epithelansalbe beweist sich anderen Wundsalben überlegen, wie an symmetrisch gelegenen Defekten chirurgisch behandelter Lupuskranker nachgewiesen werden konnte. Th. Lilienstein-Hamburg.

Eine seltsame Hautgeschwürsbildung nach der Appendektomie, von T. Mayeda-Keio, Univ.-Hospit. Tokio. (D. Zschr. f. Chir., 1926, Bd. 199, H. 3/5, S. 350—353.) Im Anschluß an eine Appendektomie entwickelte sich in der Haut, von den Wundrändern ausgehend, eine 4 Monate lang fortschreitende und allen Behandlungsmethoden Widerstand leistende Nekrose. In dem Eiter fanden sich Kolibazillen, Strepto- und Staphylokokken; die von ihnen zubereiteten verschiedenen Vakzinen waren gleichfalls wirkungslos. Heilung wurde schließlich durch Exzision und Kauterisation erzielt. Das Geschwür ist jedenfalls durch die bei der Appendektomie von seiner Umgebung entleerten Bakterien erzeugt worden, und zwar entweder durch Symbiose von Streptokokken, Staphylokokken und Kolibazillen oder durch irgend eine spezifische Bakterienart. E. Levin-Berlin.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie

Ein durch Diphtheriebazillen verursachtes Ulkus bei einem Hunde (Ungarisch), von E. Geiger und G. Simon-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 30.) Ein Geschwür an der Vulva eines Hundes, welches seit Monaten bestand und refraktär gegen die üblichen Behandlungen war, ergab typische Löfflerbazillen. Kontrollprüfungen auf Kaninchen gaben Immunität gegen Diphtherie. Nach Impfung mit IE 2000 folgte eine rasche Heilung. M. Porosz-Budapest.

Ekzem, Rosazea

Zur Kalziumfrage beim Ekzem, von Alawdin. (Journal zur Vervollkommnung der Ärzte [Russisch], 1926, Nr. 7/8.) Irgend eine bestimmte Abhängigkeit des ekzematösen Prozesses vom Kalziumgehalt im Plasma des Kranken läßt sich nicht feststellen. Bei Einführung von Ca ins Blut bei Ekzem zwecks Behandlung wirkte dasselbe bei der 1. Injektion beruhigend, bei den späteren reizend auf den ekzematösen Prozeß. Intravenöse Kalziuminjektionen sind mehr bei chronischen infiltrativen Ekzemfällen angezeigt. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage des Ekzemtodes (Ungarisch), von P. Wenetianer-Budapest. Bei normalen Säuglingen liegt der Reststickstoff unter der Standardmenge des Erwachsenen (14,8—21,6 mg). Bei Ekzematösen variiert die Menge in dem Grade der höchsten Werte der Erwachsenen (48,5—62,7 mg). Die Menge des Gesamtstickstoffs zeigte keine auffallenden Abweichungen. Für gewöhnlich wird beim Ekzemtode der Thymus beschuldigt. In einem Falle wurde eine bedeutende Abweichung des Thymus nicht gefunden. In einem Falle, wo Asthma mit Ekzem verbunden war, wurde nach der Thymusresektion das Asthma und das Ekzem geheilt. Der Ekzemtod wird durch einen Vagustonus hervorgerufen, welcher durch Zersetzungsprodukte der Eiweiße als Toxine zustande gebracht wird. M. Porosz-Budapest.

Psoriasis

Über die Behandlung der Psoriasis, von J. Jadassohn, Univ. Hautkl. Breslau. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 22, S. 721.) Thymus- und Thyreoideakuren, ebenso Emetin und Enesol versagen meist. Schwefelinjektionen sind schmerzhaft. Erfolg nur, wenn fieberhafte Reaktion. Diätetische Kuren wechselnd im Erfolg. Dasselbe gilt für jede Helio- und Balneotherapie sowie für Eiweißinjektionen. Fast von spezifischer Wirkung ist das Arsen. Nur müssen genügend große Dosen und diese lange genug gegeben werden (2—3 Monate). Orale und intramuskuläre Medikationen genügen, intravenöse unnötig und gefährlich. Aus gleichem Grunde Ab-

Digitized by Google

lehnung des Salvarsans. Beschreibung der Arsenintoxikationen bei protrahierten Kuren. Innerlich Hydr. jodat. flav. in Pillen 0,01—0,015 (!) 3mal täglich gut vertragen. Von Natr. sal. sah Verf. nur Störungen, keinen Erfolg. Wichtig ist die fortgesetzte Nachbehandlung mit Bädern, Salben, Spiritus. Von großer Bedeutung ist das Röntgen. (Vorsicht!) Vor- oder gleichzeitige Salbenbehandlung zweckmäßig. Lichtstrahlen meist erfolglos. Dagegen oft guter Erfolg mit Thorium X als Doramadsalbe. Bei Arthritis psoriat. sah Verf. Erfolge mit Sanarthritinjektion.

H. Colman-Berlin.

Triphalbehandlung der Psoriasis, von T. Konczvald-Szeged. (Orv. Hetilap. 1926, Nr. 35.) Beschreibung von 11 mißlungenen Versuchsfällen bei Erwachsenen und Kindern beiderlei Geschlechts. 10—12 intravenöse Injektionen, jeden 5. Tag gegeben, in Dosen von 0,01—0,10. M. Porosz-Budapest.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis

Über das Verhalten der Serumrefraktion bei an Erythrodermie erkrankten Kindern, von E. Schiff und W. Bayer, Univ.-Kinderkl. Berlin. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 1, S. 17.) Eine systematische Nachprüfung der Serumrefraktionswerte bei an Erythrodermie erkrankten Säuglingen ergab fast gesetzmäßig eine relativ starke Erniedrigung des Eiweißgehaltes. Gleichzeitige Untersuchungen des Blutwassergehaltes sowie der roten Blutkörperchen zeigten keinerlei Parallelgehen dieser Blutelemente mit der Eiweißkomponente. Der Serumeiweißgehalt steigt mit dem Besserwerden der Hauterscheinungen sofort an, mitunter schon zu einer Zeit, wo klinisch von einer Besserung noch nicht gesprochen werden kann. So kann die fortlaufende Refraktionsprüfung des Serumeiweißes bei Erythrodermiesäuglingen uns wertvolle Hinweise geben in prognostischer Hinsicht.

R. Ley-Kreuznach.

Ein Fall von Dermatitis exfoliativa universalis subacuta Wilson, von J. Lewin. (Kasanski Medicinski Journal, 1926, Jahrg 22, Nr. 11.) Entwicklung des typischen Bildes einer exfoliativen Dermatitis trotz Fehlens der Fe-Steigerung bei einem 54jähr. Manne im Laufe von 1—2 Wochen. Abgesehen von einem Rezidiv nach 2 Monaten, war der Verlauf der Krankheit unter Anwendung von As, Fe und Lebertran bei täglichen Bädern ein gutartiger, indem es zu Genesung kam.

A. Jordan-Moskau.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Episcleritis metastatica bei Karbunkel, von H. Krainer, Wilhelminensp. Wien. (W. m. W., 1926, Nr. 47, S. 1390.) Das oben benannte Krankheitsbild ist eine seltene Komplikation im Anschluß an Furunkel oder Karbunkel. Im Gegensatz zu totalen Vereiterungen des Auges bei Streptokokkensepsis kommt es hier zu einem umschriebenen Krankheitsherd, in dem als Erreger reichlich Staphylococcus pyogenes aureus nachweisbar ist. Die Prognose ist im allgemeinen gutartig. Intraokuläre Komplikationen durch Perforation nach innen fehlen meistens. Im allgemeinen muß inzidiert werden. Rasche Besserung brachte im vorliegenden Falle außerdem die Injektion von Staphylo-Yatren. E. Langer-Berlin.

Akuter Furunkel und Sulfur jodatum D 3, von H. Heinemann-Freiburg i. Br. (M. m. W., 1926, Nr. 46, S. 1936.) Selbstbeobachtung des Verf., der seit 1918 an rezidivierender Furunkulose litt, deren einzelne Abheilung 10—14 Tage erforderte. Beim letzthin aufgetretenen Furunkel nahm Verf. nach Beginn der ersten Erscheinungen (Röte und Schwellung) abends 1 Tablette Sulf. jod. D3 und am folgenden Tage 3 Tabletten. Prompter Rückgang ohne Eiterbildung und Herdreaktion. M. Cohn-Dresden.

Die Behandlung von Furunkeln mit Analgit, von A. Bramer-Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 47, S. 1994.) Empfehlung des genannten Mittels zur Behandlung von Furunkeln, die im Entstehen begriffen sind. Das Mittel wird 3mal täglich eingepinselt. Am nächsten Tage ist der Furunkel bereits zusammengefallen und trocknet rasch ein. Bei fortgeschrittenen Furunkeln wird Entleerung des Abszesses durch Punktion kurz nach der Analgitanwendung empfohlen.

F. Harry-Wiesbaden.

Über Eigeneiterbehandlung, von K. Lutz, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Pankow. (D. m. W., 1926, Nr. 43, S. 1818.) Verf. hat keine günstigen Erfahrungen mit der Eigeneiterbehandlung nach Makai gemacht. Wenn auch schwere Störungen des

Digitized by Google

Allgemeinbefindens im Sinne des Auftretens einer Pyämie oder Sepsis nie beobachtet wurden, so stellten sich in einigen Fällen schwere Injektionsabszesse ein. Ein Einfluß auf den primären Abszeß war nur selten wahrzunehmen. Im ganzen wurden 25 Fälle behandelt. F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit Autohämotherapie bei Furunkulose und Gonorrhoe, von K. Schiller-Budapest. (Budapesti Orvosi Ujság, 1926, Nr. 22.) In 39 Fällen von Furunkulose genügte eine einzige Injektion zur Beschleunigung der Heilung. Bei akuter Blennorrhoe läßt sich eine Komplikation vermeiden. In chronischen Fällen ist eine Anregung zur Heilung möglich. Die Injektionen werden nach Entnahme aus der Kubitalvene gleich nebenan subkutan gegeben. M. Porosz-Budapest.

Erysipel, Phlegmone usw.

Behandlung des Erysipels mit Eryseptin, von W. Wehnert-Freital i. S. (M. Kl., 1926, Nr. 45, S. 1729.) Eryseptin (karbolisiertes Jod-Ichthyol-Terpentin) erzielte bessere Erfolge als die früher angewendeten Mittel, was neben der Kombination verschiedener Medikamente besonders auf den eine genügende Tiefenwirkung begünstigenden Zusatz des Terpentinöls bezogen wird. E. Levin-Berlin.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Zur Biologie und Klinik der Pellagra, von L. Karczag, II. Med. Univ.-Kl. Budapest. (W. kl. W., 1926, Nr. 50, S. 1449.) Die experimentell erzeugte tierische und die menschliche Pellagra sind nicht gleichartig. Nur bezüglich der Nebennierenveränderungen findet man Analogien. Die Pellagra ist in der Hauptsache eine Erkrankung des chromaffinen Systems und überhaupt aller innersekretorischen Drüsen. Hier liegt der Angriffspunkt der verschiedenen ätiologischen Momente. Die solar- bzw. photodynamische Ätiologie ist vollkommen als widerlegt anzusehen. Die Periodizität und die jahreszeitlichen Schwankungen können mit mitsprechenden Schwankungen in der Funktion des innersekretorischen Systems erklärt werden, und zwar im Sinne einer zeitweisen Widerstandsschwächung gegenüber dauernd vorhandenen und einwirkenden Toxinen. Die Pellagra ist also eine Toxikose. H. Colman-Berlin.

Malaria und Askariden, von H. E. Inhelder, Chir. Abt. Basler Missions-Sp. Kayintschu. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1926, Bd. 30, H. 9, S. 431.) Ein 5jähr. Chinesenjunge wird in schwer benommenem Zustande mit einem universellen diffusen Exanthem und einem nässenden Ekzem des Afters eingeliefert. Im Blute: Tropikahalbmonde und Ringe, starke Eosinophilie. Nach Chininjektion ging die Temperatur von 39,6° wohl herunter, die Bewußtlosigkeit und die vorhandenen meningitischen Symptome blieben unverändert. Die nun vorgenommene Untersuchung einiger Stuhlschüppchen des Afters zeigte neben Trichozephalus- massenhaft Askarideneier. Auf Santonin + Kalomel und Einlauf entleerte sich der Stuhl mit einer Unzahl von Askarideneiern. Am nächsten Morgen war der Knabe bei völligem Bewußtsein und Wohlbefinden. Verf. knüpft an diese Krankengeschichte die Mahnung, bei „Meningitiden", „Eintagspneumonien" und auch bei Urtikaria stets an Askariden zu denken und Santonin zu verordnen. Er ist überzeugt, daß mit der Untersuchungsmethode Stäublis auf Trichinen auch Ankylostomuslarven im Blute zu finden sind. (1,5 ccm Armvenenblut mit der 15fachen Menge 3%iger Essigsäure zentrifugieren, auswaschen, Sediment ungefärbt oder mit Jennerscher Lösung gefärbt untersuchen.) F. Jacobsohn-Berlin.

Menstruations- und Graviditäts-Hautleiden, von St. Rothmann-Gießen. (Therapia, 1926, Nr. 1.) Für den Spezialisten nichts Neues. M. Porosz-Budapest.

Haut und Stoffwechsel

La glycémie dans les dermatoses (Die Glykämie bei Hautkrankheiten), von Lévy-Franckel und Bretillon. (J. de Méd. de Paris, 1926, Nr. 43, S. 889—891.) Die beim Diabetes angetroffenen Dermatosen können häufig auch unabhängig von ihm auftreten, doch zeigen einige von ihnen charakteristische Erscheinungen, die auf Diabetes hinweisen (pruriginöse Affektionen der äußeren Genitalien bei Frauen und Männern, Furunkel, Follikulitiden, Xanthom, Xanthodermia planto-palmaris). Hyper-

Digitized by Google

glykämie findet sich verhältnismäßig häufig ohne Diabetes bei Psoriasis, Ekzem; ferner auch bei Erythema multiforme, Erythema bullosum, Duhringscher Krankheit, Pruritus, Ulcus cruris, Malum perforans plantae. Die Lokalbehandlung darf nicht vernachlässigt werden, für die Allgemeinbehandlung Diät (Fortlassen von Zucker, Brot), Insulin, das besonders auf Pruritus gut wirkt, sowie auch in einzelnen Fällen der übrigen genannten Affektionen, während sich andererseits bei Psoriasis häufig Mißerfolge zeigen. E. Levin-Berlin.

Transmineralisation und Haut, von E. Pulay-Wien. (D. m. W., 1926, Nr. 47, S. 1983.) Ein Fall von urtikariellem Erythem bei einer Ekzematikerin weist das Bild einer typischen Demineralisation auf (beträchtliche Verminderung des Gesamtkalzium, -natrium, -kalium und -magnesium). Zwei andere Fälle von Ekzem zeigen abnormes Verhalten im Mineralstoffwechsel und machen begreiflich, daß infolge des gestörten Ionengleichgewichts funktionelle Störungen im Gewebe auftreten. Daß die Möglichkeit besteht, den pathologischen Mineralstoffwechsel therapeutisch zu beeinflussen, beweist ein Fall von Urticaria chronica, bei dem eine Vermehrung des Gesamtkalziums festgestellt wurde. Auf Magnesiumperoxyd-Gaben hob sich der Kalkspiegel, der Juckreiz hörte auf. Der Fall zeigt ferner, aus welchem Grunde die Kalktherapie, ohne strikte Indikation angewandt, oft versagt und sogar den Zustand verschlechtert. F. Harry-Wiesbaden.

Zuckerstoffwechsel, Sexualorgane und Insulin, von O. O. Fellner, Univ.-Inst. f. Allg. u. Exper. Pathol. Wien. (M. Kl., 1926, Nr. 49, S. 1886—1888.) In Eierstöcken, Hoden, Plazenta läßt sich eine Substanz mit den gleichen chemischen und physiologischen Eigenschaften nachweisen, die das Insulin besitzt = Ovoinsulin. Dieses ist mit dem Insulin identisch. Beide bewirken kurz nach der Injektion eine noch einige Tage ansteigende, längere Zeit anhaltende Glykosurie. Die Trennung der antidiabetischen von der glykosurischen Substanz war noch nicht möglich. Ovoinsulin ist die Ursache der Zuckerausscheidungsbereitschaft in der Gravidität. E. Levin-Berlin.

Pigment

Halbseitige Pigmentanhäufung, von I. Petres-Budapest. (Orv. Hetilap, 1926, Nr. 39.) Ein 17jähr. Mädchen mit Heterochromia iridis hat um das dunklere Auge auf der Haut und Sklera Pigmentanhäufung, welche bei jeder Menstruation zunimmt und nachher wieder abblaßt. Die erste Erscheinung trat gleichzeitig mit der ersten Menstruation auf. M. Porosz-Budapest.

Über eine Familie hereditär degenerativer Taubstummer mit mongoloidem Einschlag und teilweisem Leukismus der Haut und Haare, von I. Mende, Kinderkrankenstat. Stadt Berlin, Waisenhaus Rummelsburg. (Arch. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 79, H. 3, S. 214.) Eingehende Beschreibung von 4 taubstummen Geschwistern mit deutlichen Symptomen der mongoloiden Idiotie. Bei allen 4 Kindern Pigmentanomalien der Haut an wechselnder Stelle: Neben dunkler Pigmentierung Leukismus sowohl der Haut als auch der Haare. Verf. konnte den Stammbaum dieser Kinder bis zu den Urgroßeltern verfolgen. Dabei ergab sich, daß die Vererbung der einzelnen Affektionen unabhängig voneinander vor sich geht. R. Ley-Kreuznach.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Fibrosis mammae diffusa beim Manne, von K. v. Gusnar, Pathol. Univ.-Inst. Rostock. (D. Zschr. f. Chir., 1926, Bd. 199, H. 3/5. S. 171—183.) Die Krankheit ist beim Manne nicht so selten, wie aus den Angaben der Literatur geschlossen werden könnte; allerdings wird ein Teil der Fälle wegen der oft schon makroskopisch sichtbaren Zystenbildung als Mastitis chronica cystica beschrieben. Untersuchungen an drei Fällen ergaben, daß der wesentlichste Prozeß der Mammafibrose in einer primären Bindegewebshyperplasie liegt. Als Ursache der Erkrankung sind Involutionsvorgänge nach der Pubertät nicht von der Hand zu weisen, die in einzelnen Fällen durch äußere Einwirkungen (Traumen) ungünstig beeinflußt werden können. Wieweit es auf dem Boden einer diffusen Fibrose beim Manne nachträglich zur Entwicklung eines Mammakrebses kommt, bedarf noch weiterer Feststellung. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Hämangiome, von H. Stegemann, Chir. Univ.-Kl. Königsberg i. Pr. (Ther. d. Gegenw., 1926, H. 10, S. 441.) Pathologisch-anatomisch unterscheidet man das Angioma simplex, eine Kapillarneubildung, das Angioma cavernosum oder Ka-

Digitized by Google

vernom, ein aus venösem Blut bestehendes Schwammgewebe, und das Angioma racemosum, einen aus einem Konvolut vielfach gewundener und erweiterter arterieller oder venöser Gefäße bestehenden Tumor. Die Diagnose der Hämangiome ist bei oberflächlicher Lokalisation meist leicht, bei tiefem Sitz äußerst schwierig. Als Therapie wird wegen der Möglichkeit des unaufhörlich fortschreitenden Wachstums die radikale Beseitigung auch des Nävus auf chirurgischem Wege empfohlen, an kosmetisch bedeutungsvollen Stellen Anwendung von Kohlensäureschnee unter Benutzung des „Cryokauter Vignat", eines Metallzylinders mit verschiedenen Ansätzen, oder auch Injektion von kochendem Wasser in das Angiom und seine Umgebung. Bei inoperablen Kavernomen wird die Durchstechung, die Massenligatur und die Einspritzung von Alkohol und Linserscher Sublimatlösung empfohlen. Auch die vorsichtig anzuwendende Radiumbehandlung der Hämangiome zeitigt oft gute Resultate, die allerdings manchmal durch später auftretende Pigmentflecke und sekundäre Teleangiektasien getrübt werden.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Die Kryotherapie, die Methode der Wahl in der Behandlung der Angiome (La crioterapia metodo di elezione nel la cura degli angiomi), von Giovanni Venturelli-Verona. (Riforma med., 1926, Nr. 44, S. 1039—1041.) Verf. hat ausgezeichnete Erfolge bei der Behandlung der flachen und tuberösen Angiome mit dem Apparate für Kaltkaustik von Lortat-Jakob erhalten; Druck und Dauer der Applikation müssen so bemessen werden, das man nur eine Thrombosierung der Gefäße, aber keine Nekrotisierung erhält.

L. Nardelli-Trient.

The Treatment of Birthmarks by Physical Agents (Die physikalische Behandlung von Geburtsmälern), von J. J. Eller-New York. (Med. J. and Record, 1926, Bd. 124, Nr. 10, S. 634—636.) Übersicht.

E. Levin-Berlin.

Vernichten der Epheliden und Pigmentflecken, von J. Sellei und J. Fenyö-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 24.) Es wurde ein Spiralbrenner, ähnlich dem Wirtzschen Punktbrenner, für kleine Punktverbrennungen mit kaum glühendem Kauter angewendet. Der Schorf soll ganz oberflächlich sein, daß nachher keine Narbe entsteht.

M. Porosz-Budapest.

Klinischer und histologischer Beitrag zur Kenntnis des sogenannten Adenoma sebaceum (Pringle-Balzer) (Contributo clinico ed istologico alla conoscenza dei cosidetti adenomi sebacei [Pringle-Balzer]), von F. Flarer-Pavia. (Tumori, 1926, Nr. 3.) Von den zwei beschriebenen Fällen entspricht der eine dem schon bekannten Typus des Adenoms, während beim anderen außer den Erscheinungen im Gesicht sich auch am Körper kleinere und größere subkutane Knoten fanden, welche in der Mitte durch eine Art Retinakulum mit der Haut verbunden waren. Klinisch konnte man die Neubildungen nicht klassifizieren, histologisch waren sie dem Typus Balzer anzugliedern; die Knoten am Stamme zeigten denselben histologischen Bau wie die Knötchen im Gesicht; sie waren jedoch tief subkutan gelagert und mit der Haut durch einen stark erweiterten Follikel verbunden. Verf. ist der Meinung, daß man diese Neubildungen trotz ihres Polymorphismus einheitlich erfassen müsse, weil ihre wahrscheinliche Nävusnatur und embryonäre Anlage einheitlich ist.

L. Nardelli-Trient.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die Moskauer Dermatologisch-Venereologische Gesellschaft wählte zum Vorsitzenden Prof. W. Iwanow, zu dessen Stellvertretern Prof. G. Mestscherski und Prof. A. Jordan.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 10 (Bd. 84) 5. März 1927

Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Budapest
(Direktor: Prof. L. A. v. Nékám)

Über die Menge der Blutphenolasen in den verschiedenen Dermatosen

Von

Dr. N. Melczer

Einer der hervorragendsten Erfolge der kolloidchemischen Forschungen war die Erkenntnis dessen, daß das Plasma gegen die in die Zelle gedrungenen Fremdkörper antagonistische, diese einhüllende und isolierende Schutzkolloide ausscheidet und daß dann das Plasma diese zellfremden Stoffe abbaut oder wieder weiter ausgestaltet.

Ein schönes Beispiel für solche gegenseitig antagonistisch wirkende Kolloide ist die durch Winkler auch in die histologische Technik eingeführte Röhmann-Spitzersche Indophenolblaureaktion. Wie bekannt, entsteht durch die gemeinsame Oxydation zweier Anilinprodukte des α-Naphthols und des Dimethylparaphenylendiamins eine amphotere Monochinonfarbe, das Indophenolblau. Beide Produkte wirken auf die Zelle vergiftend. Wenn man, nach Loele, in Daphnien enthaltendes Wasser entweder α-Naphthol oder aber Dimethylparaphenylendiaminlösung träufelt, so wird die Muskulatur der hinteren Antennen der sich heiter bewegenden Wasserflöhe sofort gelähmt. Wenn wir hingegen die erwähnten zwei Stoffe auf einmal gemischt gebrauchen, dann werden sich die Daphnien, mit intensiv blauen Pünktchen bestreuter Muskulatur, auch nach Stunden lebhaft bewegen. Demnach wären also die erwähnten zwei Stoffe gegenseitige Antikolloide. Unter normalen Umständen sind nach Untersuchungen von Gräff die sogenannten labilen Oxydasen Schutzkolloide der Muskulatur. Diese löst aber das α-Naphthol auf. Während die Struktur dieser labilen Oxydasen noch unbekannt erscheint, ist diejenige der stabilen, hauptsächlich der die Phenolreaktion gebenden, das heißt das alkalische α-Naphthol und Dihydroxybenzol zu violettschwarzfärbigen Körpern oxydierenden, teilweise schon bekannt. Loele nennt diese letztgenannten Fermente: Aldamine, die seiner Ansicht nach aminringeartige Stoffe aldehydähnlicher Eigenschaft darstellen.

Ebenfalls aus den Untersuchungen Loeles stellte es sich heraus, daß die erwähnten Oxydasen in primäre und sekundäre Aldamine, anders benannt: in Phenolase teilbar sind. Von diesen oxydieren schon die primären allein, das alkalische α-Naphthol und die erwähnten Dihydroxybenzolen, nach Kreibich das mit dem Brenzkatechin verwandte Adrenalin

Digitized by Google

und gleichfalls das Brenzkatechinderivaten entsprechende 3,4 Dioxyphenylalanin.

Doch nicht allein das Gewebe enthält Phenolase. Aus den Untersuchungen Battellis und Sterns ergab sich, daß das Paraphenylendiamin auch durch Blut oxydiert wird. Genannte Verfasser konnten auch nachweisen, daß die Paraphenylendiaminoxydationsfähigkeit des Blutes an die roten Blutkörperchen, bzw. an das Hämoglobin gebunden ist. In ihren Experimenten bewies sich nämlich das Serum ganz wirkungslos. Aus den Untersuchungen Hizumes aber ging hervor, daß das Blutserum auch ein oxydierendes Ferment, eine Adrenalase enthält, welches das Dioxyphenylalanin und das Brenzkatechin allein selbst zu oxydieren imstande ist.

Während das Dioxyphenylalanin vom Blutserum sehr schnell dunkelgrau oxydiert wird, die Oxydation gegenüber dem Adrenalin aber nicht immer eine beständige und verläßliche Färbung gibt, glaubt Hizume im Brenzkatechin ein zur qualitativen und quantitativen Blutphenolasebestimmung geeignetes Reagens gefunden zu haben.

Zur quantitativen Bestimmung der Blutphenolase hat genannter Autor die von Wohlgemuth empfohlene Serienmethode angewendet. Er gab ins erste Glied der aus 10 Proberöhrchen bestehenden Serie 1,0 ccm, in die darauffolgenden aber mit physiologischer Kochsalzlösung auf 1 ccm ergänzte 0,5—0,25—0,123 usw. Mengen des Serums, dann noch 2,0 ccm der frisch bereiteten 1%igen Brenzkatechinlösung. Das letzte Röhrchen enthielt die als Kontrolle dienende Mischung, bestehend aus 1,0 ccm Kochsalzlösung + 2 ccm des 1%igen Brenzkatechins. Die zugestopften Röhrchen wurden danach auf 24 Stunden in den 38gradigen Thermostat gebracht. Es wurde dann in jedem einzelnen Falle der Phenolasegehalt der Serummenge, welche in dem die Oxydationsgrenze gebenden, noch eine Färbung zeigenden Röhrchen enthalten war, in der Weise bestimmt, daß die Serumeinheit mit der Menge des Grenzröhrchens dividiert und auf 1 ccm Serum umgerechnet wurde.

Nach Hizumes Untersuchungen können die Serumphenolasen innerhalb 56° 30 Min. nicht inaktiviert werden — selbst ein 10tägiges Stehen in Zimmertemperatur konnte den Phenolasetiter des Serums nicht verändern.

Genannter Verfasser hat den normalen Phenolasegehalt des Blutserums bei 15 Rekonvaleszenten untersucht. In diesen Fällen schwankte der Phenolasetiter zwischen 8—32; bei 5 Säuglingen fand er 4—8, bei 5 Graviden aber 16—32 Werte. Unter letzteren war bei einer sich im letzten Monat befindlichen der Phenolasewert recht hoch: 64, was laut Hizume mit der in dieser Zeit auftretenden stärkeren Hautpigmentation in Verbindung steht.

Genannter Verfasser untersuchte auch den Phenolasegehalt des Blutserums einzelner Tierarten. Die meiste Phenolase fand er im Lamm, Hasen und Hunde — die wenigste im Blutserum des Meerschweinchens.

Bei 10 Nierenkranken — unter denen Nephrosklerosen, Nephrosen und gemischte Formen vorkamen — fand er normale Werte. Der Phenolasewert weicht selbst bei Leber- und Zuckerkranken nicht vom Normalen ab.

Digitized by Google

PART OF THE DERMATOLOGIC RESEARCH LABORATORIES NOT TO BE REMOVED

Es kommt den primären Phenolasen die biologische Bedeutung dadurch zu, daß sie außer ihrer Rolle als hypothetisches Schutzkolloid aller Wahrscheinlichkeit nach auch an der Pigmentbildung teilnehmen. Positives ist aber diesbezüglich außer Hizumes einziger, hierauf deutender Beobachtung nicht bekannt. Man hat eben den Blutserumphenolasetiter bei Individuen mit physiologisch oder pathologisch mehr Pigment, oder bei solchen, die teils oder ganz depigmentiert waren, bisher noch nicht zum Gegenstande von Untersuchungen gemacht. — Es schien auch nicht uninteressant, den Wert der Blutserumphenolase bei verschiedenen, hauptsächlich mit Stoffwechselstörungen einhergehenden Hautveränderungen zu untersuchen.

Den Stoff zur Untersuchung bei physiologisch stärkerer Pigmentierung lieferten die die Ambulanz der Klinik besuchenden Zigeuner. Von den pathologischen Hyperpigmentationen hatte ich bei Neurofibroma multiplex, Xeroderma pigmentosum, Dermatitis papillaris pigmentosa, ferner bei Pigmentation nach Bestrahlung mit der Quecksilberlampe Gelegenheit, den Blutserumphenolasewert zu bestimmen.

Von den Depigmentationen kamen drei, teilweise sehr verbreitete Vitiligofälle zur Bestimmung.

Nachdem sich bei meinen ersten Bestimmungen herausgestellt hatte, daß nach 24 stündiger Exponierung bei 38° teilweise auch schon die Kontrollen eine leichtere Färbung zeigten, ließ ich die Proberöhrchen nur 12 Stunden lang im Thermostat. Interessant ist, daß im letzten, noch positive Färbung zeigenden Röhrchen meistenfalls ein feiner, die Lösung opaleszent machender Niederschlag entstanden ist.

Nach alldem fand ich nun den höchsten Phenolasewert in dem Blutserum der zigeunerartigen Individuen, deren Haut schon physiologisch viel Pigment enthält, und bei Pigmentation infolge Bestrahlungen mit der Quecksilberlampe. Bedauerlicherweise war es mir nicht möglich, an totalem Albinismus leidende Individuen in dieser Richtung zu untersuchen, und bei den untersuchten Vitiligofällen, wo meistens nur eine Pigmentverschiebung vorhanden ist, gelang es mir in keinem einzigen Falle, eine erwähnenswerte Phenolaseverminderung zu finden.

Die Phenolasemenge des Blutserums bei einzelnen Hyperpigmentationen

Nr.	Fall	Phenolase-wert
4	Zigeuner, Syph. latens	64
16	Zigeuner, Syph. latens	64
6	Neurofibroma	32
9	Xeroderma pigmentosum	32
22	Dermatitis papill. pigment	32
26	Dermatitis papill. pigment	32
29	Pigmentatio post. derm. solaris	64
36	Vitiligo post. syph.?	16
45	Vitiligo post. causam incogn.	
	Vitiligo (Acne vulgaris)	32
47	Vitiligo (fokale Infektion?) schlechte Zähne u. Tonsillitis	16

Digitized by Google

Der Phenolasetiter des Blutserums in verschiedenen Hautkrankheiten

Nr.	Fall	Phenolase-wert
13, 14, 17	Acne vulgaris	8—16
2	Dermatitis herpetiformis	32
27	Dermatitis arteficialis	32
44	Dermatitis atrophicans	32
3, 10	Eczema acutum	16
15, 21, 25	Eczema chronicum	16—32
30	Eczema impetiginosum	16
38	Erythema nodosum	16
41	Ecthyma	16
23, 48	Lupus erythematodes	32
30, 32, 49	Lupus vulgaris	8—16
32, 42	Impetigo Tilbury-Fox	16
1, 5, 8, 20, 24, 40	Psoriasis	16—32
7	Prurigo	8
11	Prurigo diatheticus	16
18	Seborrhoea corporis	32
21, 35, 46, 50	Syphilis manifesta	8—16
37	Urticaria	16
43	Sklerodermа	16

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, schwankt der Phenolasetiter in den verschiedenen Hautkrankheitsfällen, mit der Wohlgemuth-Hizume-schen Serie untersucht, zwischen 8—14. Unter diesen muß ich den normalen Phenolasewert der Erwachsenen für 16—32 halten. Außerordentlich interessant und auffallend ist bei gewissen Infektionen, so bei Lupus vulgaris, speziell aber bei Fällen der manifesten Syphilis, die Verschiebung des Phenolasetiters nach links. In der meisten Anzahl der Fälle, ferner bei einem Prurigokranken entsprach der Titer ebenfalls dem Wert 8, welcher Umstand vielleicht mit der erwähnten Schutzkolloidrolle der Phenolasen zusammenhängt.

Behufs Untersuchung der Thermostabilität der Phenolase gelang es mir nicht, bei 5 Sera selbst durch ein 30, 60, 120 Min. lange dauerndes Erhitzen auf 56° jene zu inaktivieren, und im Gegensatze zu dem Lipasetiter veränderte sich der Phenolasewert des Serums auch nach 14tägigem Stehen in Zimmertemperatur nicht wesentlich.

Nach alldem enthält das Blutserum thermostabile Dihydroxybenzole und einzelne derartige Derivate (Dopa) in einer bräunlichschwarzen indo-, oder indulinartigen chemischen Verbindung oxydierende primäre Phenolasen. Deren Menge erwies sich nach der Wohlgemuth-Hizume-schen Serienmethode unter normalen Umständen als 16—32.

Die Phenolasen spielen in der Pigmentbildung sicherlich eine gewisse Rolle. Darauf weist der Umstand hin, daß ich bei den auch

Digitized by Google

normal intensiv pigmentierten Zigeunern und bei der nach Strahlenbehandlung auftretenden Pigmentation den Phenolasewert des Serums am höchsten fand.

Während sich der Phenolasetiter des Serums bei einer großen Gruppe der Dermatosen mit der vielleicht nicht genügend empfindlichen Serienmethode als vollkommen normal erwies, verringerte sich hingegen der Phenolasetiter bei einzelnen Infektionen, wie Lupus vulgaris, doch besonders aber in den manifeste Symptome zeigenden Fällen von Syphilis am ausgesprochensten.

Literatur

Batelli-Stern, Biochem. Zschr., 1912, Bd. 46, S. 317. — Hizume, Biochem. Zschr., 1924, Bd. 142, S. 216. — Loele, Zbl. f. Pathol., Bd. 30, S. 614; Lubarsch-Ostertag Ergebn., 1912, S. 760; Virchows Arch., Bd. 217, S. 334.

Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses in Lemberg (Primarius Doz. Dr. Roman v. Leszczyński)

Zur Pathogenese der Poikilodermia (Jacobi)

Von

Dr. Roman v. Leszczyński

Am 6. IX. 1926 meldete sich in meiner Sprechstunde J. L., ein 35 Jahre alter Beamter, mit einem über den ganzen Körper verbreiteten Hautleiden. Familienanamnese belanglos. Im Säuglingsalter ist er $1^1/_2$ Jahre krank gewesen (Fieber, Bewußtlosigkeitsanfälle?). Nachher war er immer gesund. Hat einmal Grippe durchgemacht. Im Dezember 1914 ist er von einem Ponton ins Wasser gefallen und mußte bis zum Ufer schwimmen. Nach ein paar Tagen Fieber bis 41° C (angeblich Abdominaltyphus), welches 3 Wochen hindurch ununterbrochen dauerte. Spitalsbehandlung in Budapest. Im Juni 1916 wurde er am italienischen Kriegsschauplatze nach einer Explosion mit Steinen überschüttet. Nach diesem Unfall hat er das Sprachvermögen für 3 Monate verloren, das Stottern blieb ihm bis auf den heutigen Tag. Die Hauterscheinungen begannen schon im Januar 1915. Es waren diffuse, leicht schuppende Rötungen, welche zuerst an der Innenseite der Arme und Vorderarme, bald jedoch auch am Bauche linkerseits, an der Innenfläche der Schenkel und in den Kniekehlen auftraten. Sie waren mit einem leichten Juckgefühl vergesellschaftet. Die Hauterscheinungen nahmen ständig an Ausdehnung zu, das Jucken und Brennen wurde auch stärker. Als er nach dem oben erwähnten Unfalle in Budapest (1916) in einem Militärspital in Behandlung war, hat man dort sein Hautleiden bemerkt und ihm 3 Wochen lang Salben verordnet, nach welchen eine Verschlimmerung eintrat. Im Winter 1916/17 kam er in die Hautabteilung von Doz. Dr. O. Sachs in Wien, wo angeblich eine Vermutungsdiagnose „Pityriasis rubra Hebrae incipiens" gestellt wurde. Der Kranke wurde mit As (68 Injektionen) und Quarzlampe erfolglos behandelt und verblieb daselbst bis September 1917. Im Winter 1917/18 war er kurze Zeit im Militärspital in Pardubitz untergebracht. Im Jahre 1919/20 wurde er im Militärspital in Warschau wieder mit hohen Dosen von Arsenik behandelt. Nach 19 Tagen starke Hautentzündung. Außerdem 15 Quarzlampenbestrahlungen. Seit dieser Zeit wurde seine Haut nicht mehr behandelt, und ihr Zustand weist keine größeren Veränderungen auf. Im allgemeinen fühlt sich der Patient schlimmer in der kalten Jahreszeit. Seine Fettleibigkeit begann im Jahre 1920 auffallend zu werden, um diese Zeit fing auch seine Sexualpotenz zu sinken an. Sein höchstes Gewicht war (im August 1926) 125 kg. Seit Januar 1926 traten bei ihm Asthmaanfälle auf, welche immer stärker wurden und ihn im August 1926 ärztlichen Rat zu suchen veranlaßten. Der Kranke klagt über starkes Schwitzen und Durstgefühl, Urin wird jedoch in kleinen Mengen abgegeben. Kopfschwindel selten. Er gibt an nervös und reizbar zu sein, in der Nacht

Digitized by Google

schläft er nicht gut. Keine venerischen Krankheiten, kein Alkohol- oder Tabakmißbrauch, niemals Röntgenbestrahlung.

Status praesens: Mittelgroßes, stark gebautes, sehr fettleibiges Individuum, Gewicht 103 kg.

Hautbefund: Vorderansicht: Auf der behaarten Kopfhaut spärlicher Haarwuchs, die Haare fühlen sich leicht fettig an. Im Gesicht Komedonen in der Nasengegend, Rosazea an den Wangen angedeutet. Die Mundschleimhaut, die Haut am Hals weisen keine pathologischen Veränderungen auf. In der Klavikularlinie und am Nacken setzen die krankhaften Hautveränderungen mit scharfer Grenze ein. Zuerst begegnet man einem weißen, depigmentierten Saum, welcher vorn über dem rechten Schlüsselbein und am Nacken bis 1—1½ cm breit ist. Die depigmentierte Hautpartie weist keine gesteigerte Gefäßlabilität auf. Über dem linken Schlüsselbein fehlt ein solcher weißer Saum vollkommen, hier ist ein langsamer Übergang der normalen Halshaut in die krankhaft veränderte Brusthaut zu bemerken. Gleich unter dem Schlüsselbein begegnet man stark fortgeschrittenen Hautveränderungen. Der allgemeine Farbenton der Haut ist dunkelrot. Beim näheren Betrachten sind folgende Einzelheiten zu sehen: Das Hautrelief ist etwas stärker ausgesprochen, so daß man fast von einer Chagrinierung sprechen darf. Die leicht vorspringenden Kuppelchen sind dunkelrot, die netzförmigen Furchen fallen ins Weißliche. Weiter nach unten vereinigen sich die elevierten, tiefroten Pünktchen zu formellen Netzen von erweiterten Gefäßen, welche mit dem Netzwerk der weißlichen, atrophischen Furchen innigst verflochten sind. Man bemerkt auch eine unbedeutende, kleienförmige Schuppung, welche um die Follikelmündungen entsteht. Über dem Sternum ist eine schlichte Behaarung zu sehen. Vor den vorderen Achselfalten hören die Hautveränderungen mit einer ziemlich scharf umrissenen Grenze auf. Linkerseits ist hier an einer etwa 1½ cm breiten Stelle ein weißer Saum zu sehen, ähnlich dem am Nacken beschriebenen. Die vitiliginöse Depigmentierung ist sonst nirgends zu finden. Die Brustgegend ist ziemlich diffus, rechterseits intensiver als linkerseits eingenommen. Median von der linken Mamille sind die Erscheinungen etwas schwächer, dagegen sieht man hier sehr deutlich hyperkeratotische Anhäufungen in den Follikelmündungen. An der rechten Areola ist ein bläulichschwarzer Ring von erweiterten Gefäßen zu bemerken, die Haut innerhalb des Ringes ist quasi ekzematisiert, der Hautreflex negativ. Um die linke Mamilla besteht ein solcher Ring nicht, und die Verdickung der Haut ist kaum angedeutet. Am Bauche folgen die beschriebenen Hautläsionen ununterbrochen bis zur Nabellinie hin. Nur wird die Schuppung noch spärlicher, die Gefäß- und Atrophiemaschen dagegen noch deutlicher. Unterhalb des Nabels ändert sich das Bild insofern, als die Haut mehr gleichmäßig lividrot erscheint, das Gefäßnetz mehr einer Cutis marmorata ähnelt und ausgesprochene lividrote bis fingerbreite Striae distensae hinzutreten. Die Haut ist außerdem zigarettenpapierähnlich verdünnt und gefältelt. Rechterseits ist ein bohnengroßer, teleangiektatischer, nävusartiger Fleck zu sehen. Unter den beiden Axillae ist der durch die gesunde Haut gebildete Ausschnitt viel breiter auf der Rumpfhaut als auf der Innenfläche des Armes.

Hinteransicht des Rumpfes: Am Nacken sind die unterhalb des vitiliginösen Saumes auftretenden Erscheinungen von mäßiger Intensität, die mit Schuppung verbundene Porokeratose ganz deutlich. Bis zur oberen Skapularlinie nehmen die Hautalterationen an Stärke ab. Über dem linken Schulterblatte ist die Haut normal, der Übergang verwaschen. Sonst ist die gesamte Rückenhaut pathologisch verändert. Die Angiektasien sind in der Nähe der Wirbelsäule wenig ausgesprochen und nehmen in der Richtung gegen die Achselhöhlen und Hinterbacken an Stärke immer zu. Unterhalb der Gürtellinie, besonders über den Nates, werden sie am stärksten. Sie sind hier sogar stärker als am Bauche. Die Haut ist tief lividrot, stark atrophisch, gefältelt. Außerdem sind auch hier senkrechte Striae distensae zu treffen. Über dem Kreuzbein sind die Alterationen schwächer.

Extremitäten: Über dem linken Schultergelenk ist die Haut noch unverändert. Weiter werden die Erscheinungen immer stärker und erreichen ihren Höhepunkt auf der Innenfläche des Armes. Auf der Außenfläche sind sie bedeutend schwächer. Auf der Streckseite des Ellenbogens sind die Alterationen kaum angedeutet, die Haut fast normal. In der Ellenbeuge ist die Haut weiß, dünn, normal, sie bildet eine durch Kontrast auffallende Insel inmitten der umgebenden, weit veränderten Haut. Am Vorderarm sind die Hautläsionen ebenfalls viel stärker auf der Beuge- als auf der Streckseite. Gegen das Handgelenk zu werden sie immer schwächer. Der Handrücken ist leicht zyanotisch, sonst sind hier keine Abnormitäten zu treffen. Die rechte, obere Extremität

Digitized by Google

bietet ein ähnliches Bild, insbesondere ist das Freibleiben der Ellenbeuge hervorzuheben. Auf der Skrotum- und Penishaut sind die krankhaften Veränderungen weit fortgeschritten. Die Hautfarbe ist hier dunkelkirschrot, die Hautvenen sind stark erweitert und geschlängelt. Die Symptome auf der Penishaut entsprechen mehr oder weniger jenen auf der unteren Bauchpartie. Mons pubis und beide Inguinalfalten sind frei von Erscheinungen, die Behaarung entspricht mehr dem femininen Typus.

Auf den vorderen Schenkelflächen sind die Läsionen sehr weit fortgeschritten, sie gleichen denen auf den Hinterbacken. Die Haut ist tief lividrot verfärbt, sehr verdünnt, gefältelt. Die Grenze gegen die gesunde Haut der Inguinalgegend ist ziemlich scharf. Gegen die Knie klingen die Symptome etwas ab. Das Knie ist nicht ergriffen. Die Erscheinungen an der Streckseite der Unterschenkel sind, wenn auch ziemlich stark, jedoch weniger intensiv als auf den Schenkeln. Die Füße sind vollkommen frei. Die Hinterseite der unteren Extremitäten weist fortgeschrittene Veränderungen auf, sie sind jedoch schwächer als auf den Hinterbacken. Beide Kniekehlen sind im Gegensatz zu den Ellenbeugen weitgehend alteriert. An den Nägeln und Haaren sind keine Abnormitäten zu verzeichnen.

Überall ist eine enorm starke Dermographia alba festzustellen. An den geröteten Partien ist sie wegen Kontrastfärbung besonders gut zu beobachten.

Innerer Befund.

Lungen: Emphysema pulmonum mäßigen Grades, Induratio apicis dextri, Bronchitis diffusa.

Herz: Herzdämpfung etwas breiter, Herztöne etwas dumpfer, Puls 72, Blutdruck 115.

Bauch stark gewölbt, Meteorismus, Aszites angedeutet (?), Leber etwas vergrößert, Milz normal.

Neurologischer Befund: Nystagmus horizontalis oculi utr., Kornealreflex linkerseits schwächer, periostale und Sehnenreflexe gesteigert. Schilddrüse kaum palpabel.

Harnuntersuchung: (9. IX.) Sp. Gew. 1,021, Eiweiß-, Zucker-, Diazo-, Urobilin-, Urobilinogen-, Gallenfarbstoffreaktion negativ. Im Setiment keine morphologischen Elemente.

Blutuntersuchung (10. IX.): Rote Blutkörperchen 7650000!!, weiße 9600, darunter (Schilling) segmentierte 50%, stäbchenförmige 2%, eosinophile 7%!!, Übergangsformen 3%, Lymphozyten 38%.

Blutzucker 1,2 pro Mille, Cholesterin im Blute 1,20 pro Mille (20. IX.) WR und SGR negativ (15. IX.). Keine Parasiteneier in den Fäzes. Pirquet stark positiv (14. IX.).

Augenhintergrund wurde an beiden Augen normal gefunden.

Röntgenuntersuchung der Hypophysengegend: Sella turcica kahnartig erweitert, Processus clinoidei anteriores schwach sichtbar.

Untersuchung des vegetativen Nervensystems:

a) Mit Adrenalin nach Goetsch (12. IX.). Es wurde nüchtern per os 100 g Glukose (Merck) verabreicht und 0,001 Adrenalin intramuskulär eingespritzt. Unbedeutende Blutdrucksteigerung und Pulsbeschleunigung. Im 24-Stundenharn kein Zucker.

b) Mit Atropin (15. IX.): Nach 0,001 Atrop. sulph. subkutan unbedeutende Blutdrucksteigerung und kurzdauerndes Trockengefühl im Schlunde.

c) Mit Pilokarpin (21. IX.): Nach 0,01 Pilocarp. mur. subkutan trat eine kurzdauernde Nausea, später starkes Schwitzen und eine sehr ausgiebige Sialorrhoea auf. Es wurde in 1 Stunde 250 ccm Speichel gesammelt. Pulsbeschleunigung und Blutdrucksenkung unbedeutend. Überraschend war, daß der Kranke eine bedeutende Besserung seiner asthmatischen Beschwerden danach empfand. Er gab an, daß er seit langem die erste Nacht ruhig, ohne Asthmaanfälle verbracht hat. Um jedes zufällige Zusammentreffen auszuschließen, wiederholten wir nach ein paar Tagen die Pilokarpininjektion. Der Effekt war derselbe, der Kranke blieb danach von Asthmaanfällen frei.

Blutdrüsenuntersuchungen:

a) Mit Thyreoidin (13. IX.): Nach 1 ccm Thyreoideaextrakt subkutan, Blutdrucksteigerung um 12 cm Hg, die 25 Minuten anhielt.

b) Mit Hypophysin: Nach dem Probefrühstück (150 g Kohlenhydrate) wurde subkutan 0,5 des Extraktes aus dem Hinterlappen der Hypophyse eingespritzt. Blutdruck und Puls wenig beeinflußt. In dem 24-Stundenharn kein Zucker, was auf eine Insuffizienz der Hypophyse hinweist. (v. Roentgen).

Digitized by Google

c) Mit Testikelextrakt: Injektion von Testikelextrakt ergab keine Puls- oder Blutdruckveränderungen, was nach PARISOT und RICHARD für eine Insuffizienz der Geschlechtsdrüsen spricht.

d) Leberfunktionsprüfung (20. IX.): Blutzucker nüchtern 1,02 pro Mille. Blutzucker nach Verabreichung von 40 g Galaktose (nach BAUER) 1,04 pro Mille. In dem 24-Stundenharn kein Zucker, Leberfunktion normal.

Dermoreaktionen nach v. GRÖER: Auf Koffein und Adrenalin verstärkt.

Diagnose: Poikilodermia atrophicans vascularis (JACOBI), Asthma bronchiale, Emphysema pulmonum, Induratio apicia dextri, Obesitas, Hypofunctio hypophyseos et testiculorum, Tumor hypophyseos.

Therapie: Extr. Thyreoideae, Extr. Hypophyseos, Extr. Testiculorum, Pilocarpinum muriat. (beim Asthmaanfall).

Histologische Untersuchung eines vom Unterarm (distal) ausgeschnittenen Hautstückes ergab folgendes: Die Epidermis und das Korium überall verschmälert. An manchen Stellen (A) weniger, an anderen sehr bedeutend (B). An den A-Stellen sind die Papillen abgeflacht, inner- und unterhalb derselben kleinzellige Infiltrate, welche sichtbar um die Gefäße herum gelagert sind. Knäueldrüsen erhalten. Elastische Fasern noch gut erhalten. Reichlich erweiterte Gefäße in Längs- und Querschnitten zu treffen. An den B-Stellen Epidermis und Korium sehr schmal, die Papillen fast oder gänzlich verstrichen. Das kleinzellige Infiltrat zieht sich als schmaler Streifen unterhalb der Papillen, fast ohne Ausläufer abzugeben. Es scheint hier nur noch die Hauptäste des Rete subpapillare zu begleiten. Die an den A-Stellen so reichlichen Gefäße sind hier fast gänzlich verschwunden. Elastische Fasern rarefiziert, doch gut erhalten. Die Unterschiede im histologischen Bilde entsprechen ziemlich treu dem makroskopisch sichtbaren, kombinierten Netzwerke von erweiterten Gefäßen und von deprimierten Atrophien.

Zusammenfassung

Bei einem bis dahin gesunden Manne stellte sich ein paar Wochen nach einer Erkältung eine Hautaffektion ein, welche unaufhaltsam fortschritt, um nach einigen Jahren fast die ganze Körperoberfläche einzunehmen. Es scheinen anfänglich Entzündungserscheinungen in der Haut gewesen zu sein. In dieser Zeit ließ das Bild an eine Pityriasis rubra Hebrae denken. Jetzt sind folgende essentielle Hautalterationen hervorzuheben: netzförmig angeordnete, diffuse Teleangiektasien, netzförmige Atrophien, an älteren Herden diffuse Atrophie der ganzen Haut. Innerhalb der diffus erkrankten Hautpartien lassen sich gesunde Hautinseln wahrnehmen, die bald mit scharfer, bald mit verwaschener Grenze einsetzen. An 3 Stellen ist der Übergang der gesunden in die erkrankte Haut durch vitiliginöse Flecke übermittelt. Kopf, Hals, Hände und Füße sind bis jetzt freigeblieben. Subjektive Beschwerden seitens der Haut fast keine vorhanden. Das jetzige Bild, welches an eine Röntgendermatitis erinnert, entspricht vollkommen einer Poikilodermia vascularis atrophicans von JACOBI.

Im weiteren Verlaufe entwickelte sich ein der FROELICHschen Dystrophia adiposogenitalis ähnliches Bild. Der Patient wurde fettleibig und impotent. Die Röntgenuntersuchung ergab eine Erweiterung der Sella turcica. Biologische Kontrolle brachte funktionelle Insuffizienz der Hypophyse und der Testikel zur Schau.

Zuletzt gesellte sich zu dem ganzen Symptomenkomplex noch ein Asthma bronchiale, welches den Patienten am meisten belästigte. Die biologische Untersuchung ergab die merkwürdige Tatsache, daß dieses Asthma nicht vagotonischen Ursprungs, sondern sympathikogen war. Es ließ sich durch Pilokarpin beseitigen. Im Einklang damit ist die Sym-

Digitized by Google

pathikotonie der Haut, welche sich durch die außergewöhnliche Dermographia alba kundgibt.

In den letzten Jahren erschien eine Anzahl von neuen Beobachtungen dieser jedenfalls seltenen Erkrankung, wobei auch die diesbezügliche Literatur erschöpfend berücksichtigt wurde (s. z. B. Fuhs, Derm. Zschr., Juli 1926). Deshalb halte ich es für überflüssig einen retrospektiven Überblick zu geben. Unser Fall kann morphologisch als typisch gelten. Die netzförmige Anordnung der Angiektasien und der Atrophien ebenso wie der Ausgang in die diffuse Atrophie sind sehr charakteristisch. Es sind auch hyperkeratotische Erscheinungen an den Follikelmündungen (Porokeratose) und eine damit verbundene spärliche, kleienförmige Schuppung vorhanden. Es sind dagegen keine Hämorrhagien und dementsprechend auch keine Pigmentationen zu sehen. Interessant sind aber an dem Falle jene Momente, welche zur Aufhellung der dunklen Ätiologie und Pathogenese dieses Leidens beitragen können.

1. Die Hautmanifestationen entstanden einige Wochen nach einer starken Erkältung. Der Einfluß von Nässe und Kälte (Bettmann) scheint hier sehr wahrscheinlich auslösend gewirkt zu haben.

2. Der 2. Unfall, nach welchem der Kranke das Sprachvermögen verlor und bis jetzt stottert, kann möglicherweise in ursächliche Beziehung zu der späteren Hypophysenerkrankung gebracht werden. Es ist nicht auszuschließen, daß er dadurch zur Entwicklung des Hautleidens beigetragen hat.

3. Das Hautleiden wurde schon in frühen Stadien beobachtet. Nach den Angaben des intelligenten Kranken wurde das Bild damals von autoritativer Seite als nicht typisch, am meisten noch einer beginnenden Pityriasis rubra Hebrae entsprechend, erklärt.

4. Merkwürdig war hier die Anordnung der Vitiligoflecke in einem langen Streifen am Nacken. Das Mitauftreten von Vitiligo, der Übergang der gesunden Haut über die vitiliginöse in die poikilodermische, wurde schon früher beobachtet. Bernhardt (Przegląd dermatologiczny, 1924, Nr. 2), welcher solche vitiliginöse Grenzflecke in einem seiner 2 Fälle histologisch untersucht hatte, hat die interessante Tatsache festgestellt, daß dieselben eine solche Fülle von erweiterten Gefäßen des subpapillaren Netzes beherbergen, wie wir es niemals in gewöhnlichen Vitiligoflecken zu sehen bekommen. Daß eben Vitiligo jetzt oft als Endokrinid aufgefaßt wird, sei hier nur kurz bemerkt.

5. Es bestand bei dem Patienten eine Sympathikotonie höheren Grades. Sie äußerte sich in einer enormen Dermographia alba und in Asthmaanfällen, welche vergebens früher behandelt, erst durch Pilokarpin behoben wurden. Der Zustand wurde durch die pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems bestätigt.

6. Es wurde objektiv und subjektiv eine Hypofunktion der Geschlechtsdrüsen festgestellt.

7. Besondere Beachtung verdient die Hypofunktion der Hypophyse. Sie wurde auf drei verschiedenen Wegen ermittelt:

a) klinisch durch die Feststellung eines der Dystrophia adiposogenitalis ähnlichen Zustandes;

Digitized by Google

b) durch die biologische Untersuchung (s. o.);
c) durch den Röntgenbefund (s. o.).

Die Beobachtung gewinnt an Interesse angesichts des neulich publizierten Falles von WERTHEIM (Arch. f. Derm., Bd. 150). Dieser Autor hat bei der Obduktion eine Atrophie der Hypophyse gefunden und bringt sie mit den poikilodermischen Hautsymptomen in Zusammenhang. Er hebt auch die Anwesenheit von Striae distensae in seinem Falle hervor, welche auch in dem unserigen reichlich vertreten waren.

Wir wollen die Frage, in welchem Verhältnis die Sympathikotonie und die Hypophysenerkrankung zu den Hautläsionen steht, nicht zu entscheiden versuchen. Jedenfalls scheint die Auffassung der ganzen Erkrankung als Endokrinid nicht unbegründet zu sein. Den Vorschlag, die Krankheit kurzweg „Poikilodermia" zu nennen, halte ich für zutreffend. Die Klassifizierung des Leidens ist zur Zeit noch nicht möglich. Erst die Aufklärung seiner Pathogenese wird es ermöglichen. Allem Anschein nach ist die Poikilodermie in die große Gruppe der „atrophisierenden Hautendokrinide" einzureihen (Sclerodermia diffusa, Sclerodaktylia Morphoea, White spot disease, Anetodermia, Atrophia idiopathica, Acrodermatitis atrophicans), da alle diese Krankheitsbilder wahrscheinlich pathogenetisch nahe verwandt sind.

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Bezirkskrankenkasse in Boryslaw (Polen)

Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit beim männlichen Geschlecht

Von

Dr. NORBERT TÜRK

Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Mit 6 Abbildungen im Text

Vor über 20 Jahren haben zum erstenmal FOX und FORDYCE die Aufmerksamkeit auf ein neues — nach ihnen benanntes und bis nun nicht beobachtetes — Krankheitsbild der Haut gelenkt, dasselbe vom histologischen und klinischen Standpunkte beleuchtet, sowie bei dieser Gelegenheit einige Fälle dieser Dermatose beschrieben. Dieses Krankheitsbild wurde seither mehrmals gesehen bzw. publiziert. Im Verfolg der seither angestellten Untersuchungen wurde auch die Pathogenese dieser Veränderung eingehend gewürdigt, und zwar ihre Beziehung zu den apokrinen Drüsen SCHIEFFERDECKERS aufgeklärt, sowie im Zusammenhange damit statistisch zu erhärten versucht, daß das eine Geschlecht (das Weib), und zwar gewisse Körperregionen, die eine Ansammlung der a-Drüsen aufweisen, wie Achselhöhlen, Nabel- und Schamgegend, sowie Warzenhof von der Krankheit bevorzugt werden.

Ich glaube behaupten zu dürfen, daß die Anzahl der gesehenen und beschriebenen Fälle die Zahl 50 noch nicht überschritten hat, so daß jeder

Digitized by Google

neue Beitrag in dieser Materie die Klärung der ziemlich raren Dermatose zu fördern geeignet wäre.

Der von mir beobachtete Fall betrifft einen 23jähr. Mann, Naphthagrubenarbeiter, der bis jetzt — mit Ausnahme einer seit einigen Jahren bestehenden „Nervosität" — immer gesund war und von gesunden Eltern stammt; auch seine Geschwister leben und klagen über keine Beschwerden. Vor 2 Jahren hatte ein Jucken, zuerst in den Axillen, später auch um die Mamillen, eingesetzt, welches immer heftiger wurde und sich bald zu solcher Intensität steigerte, daß er sich während des Tages, nur mit Rücksicht auf die Umgebung und mit Auflegung eines Zwanges, vom fortwährenden Kratzen zurückhalten konnte und schlaflose Nächte verbrachte. Er bemerkte an den genannten Stellen schon einige Zeit vor dem Auftreten der ersten Zeichen des Juckens eine vermehrte Schweißabsonderung, die dann wiederum abgenommen hat. Im Laufe der Zeit verschlimmerte sich die „Nervosität"; es stellte sich eine komplette Impotentia coeundi ein, und in den Axillen und in der Brustwarzengegend entwickelten sich kleine, nicht schmerzhafte Erhebungen. Der Mann wurde auswärtig mit verschiedenen Salben behandelt und, als der Erfolg ausblieb, auch röntgenisiert, ohne aber eine Linderung seines Juckens zu erlangen.

Abb. 1. Hautveränderungen in der rechten Axilla und am rechten Brustwarzenhof

Die von mir durchgeführte Untersuchung des mittelkräftigen Mannes ergab einen vollkommen normalen Befund der inneren Organe. Es besteht nur ein ausgesprochener Dermographismus, gesteigerte Sehnenreflexe, Zittern der ausgestreckten Hände, der Zunge und der geschlossenen Lider. Pupillen reagieren normal. Im Urin weder Zucker, noch Eiweiß nachweisbar. WR und Tuberkulinprobe negativ. Die Haut im ganzen von dunklerem Kolorit, sonst aber — mit Ausnahme einiger Aknepusteln an der Brust — von normalem Aussehen, ist in beiden Axillen und in der Brustwarzengegend stark pigmentiert, trockener als die Umgebung und weist folgende krankhafte Veränderungen auf (Abb. 1). In der Haut beider Axillen, die seicht gefurcht, aber von normaler Dicke ist, sieht man zahlreiche kleine Erhebungen, einer Knötcheneruption entsprechend. Die einzelnen Effloreszenzen schauen wie Kügelchen bzw. halbkugelig aus, haben einen Durchmesser von 1—2 mm, sind also stecknadelkopfgroß, scharf voneinander getrennt, von normaler Haut bedeckt und größtenteils zentral mit einem winzigen schüppchenartigen Hornstachel versehen. Sie sind perlschnurartig angeordnet, und beim Spannen der Haut durch Heben des Armes sieht man einige vertikale Reihen dieser glatten, leicht glänzenden Knötchen (Abb. 1). In dieser Stellung sind sie besonders gut am inneren Rande der vorderen und Außenrande der hinteren Axillarfalte zu sehen. Ähnliche Veränderungen sieht man an beiden Areae mammarum. Hier sind aber die einzelnen Erscheinungen größer, prägnanter, schärfer differenziert und auch stärker pigmentiert. Auch hier sind sie perlschnurartig angeordnet, und zwar in Form von 2—3 an der äußeren Zirkumferenz der Area herumlaufenden konzentrischen Kreisen. Die Haare sind nur schwach entwickelt, größtenteils, und zwar besonders an den Brustwarzen, fehlen sie bzw. sind sie abgebrochen.

Zwecks Durchführung der geweblichen Verifizierung wurde links ein Sektor der Areahaut exzidiert und im pathologischen Institut der Lem-

Digitized by Google

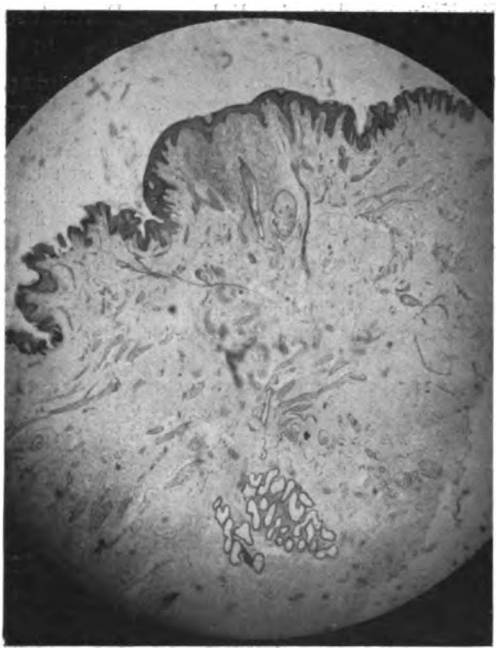


Abb. 2. Übersichtsschnitt durch ein Hautknötchen (Obj. Zeiß, 35 mm, Okul. 1)

Abb. 3. Veränderungen am Epithel, einer Schweißdrüse u. in der Cutis propria (Zeiß-Obj. B, Okul. 1)

berger Universität durch Fr. Dr. H. Schuster, der ich hierfür zu Dank verpflichtet bin, verarbeitet. Die überaus schönen und instruktiven Mikrophotogramme sind im Laboratorium der Lemberger Universitätsklinik für Augenkrankheiten durch H. Doc. Dr. V. Reiss ausgeführt, dem ich dafür ebenfalls meinen besten Dank ausspreche. Die histologischen Präparate[1]) zeigen alle die klassische Struktur der Fox-Fordyceschen Krankheit. Und so sehen wir im Übersichtspräparat (Abb. 2, Obj. Zeiß, 35 mm, Okul. 1), der einen Durchschnitt der Hautknötchen darstellt, eine starke Verbreiterung der Epithelschicht. An einzelnen Stellen sieht man sogar eine ausgesprochene Parakeratose. Durch das mittlere Knötchen läuft ein Schweißdrüsengang, in dessen Mündung ein hyperkeratotischer Zapfen steckt. Trotz der sehr kleinen Vergrößerung sieht man, daß nicht nur die in der Subkutis liegenden Schweißdrüsenknäuel, sondern auch der zu ihnen gehörende Ausführungsgang merklich verbreitert ist. Links vom Drüsengang trifft der Schnitt einen Haarfollikel, in dessen Umgebung ein stark ausgesprochenes kleinzelliges Infiltrat zu sehen ist. Die näheren Details aus diesem Schnitte bringt die Abb. 3, welche die Verhältnisse vergrößert darstellt (Zeiß-Obj. B. Okul. 1). Auch hier sind para-

[1]) Da ich mehrere solche besitze, bin ich geneigt, einzelne Schnitte jenen Herren Kollegen zu verehren, die sich dafür interessieren bzw. für ihre Präparatensammlung benötigen.

Digitized by Google

keratotische Veränderungen der Hautoberfläche, besonders in der Gegend der Schweißdrüsenmündung, die mit einem Hornpfropf verlegt ist, zu sehen. Das Epithel ist verdickt; die akanthotischen Epithelzapfen ragen tief in das Korium hinab, besonders längs des Schweißdrüsenausführungsganges, der im unteren Teil verbreitert ist. In den untersten Lagen des Epithels (Stratum germinativum) sieht man im Mikroskop (auf der Photographie nicht zu sehen) eine durchlaufende, dichte Lage von Hautpigment, entsprechend der dunkleren Verfärbung der Brustwarzenhaut. Die Cutis propria stellt eine dicke Schicht kompakten Bindegewebes dar, das wenig Gefäße führt und um den Drüsenausführungsgang ein kleinzelliges Infiltrat aufweist, welches jedoch, besonders um den angeschnittenen Haarfollikel, massiert ist. Die Verhältnisse um die Haaranlagen illustriert jedoch besser die Abb. 4 (Zeiß-Obj. B, Okul. 1), welches einen Durchschnitt durch einen Haarfollikel darstellt. Die hyperkeratotische Epithelschicht der Hautoberfläche ist hier bis tief in den Haarbalg zu verfolgen. Auch das akanthotisch veränderte Epithel ragt in Form eines dichten, den Haarbalg einhüllenden Zapfens in die Tiefe. Das Haar fehlt. Knapp daneben läuft eine tiefe Epitheleinstülpung längs des Schweißdrüsenausführungsganges, über dessen Mündung ein Hornkegel zu sehen ist. Einen interessanten Befund bringt die Abb. 5 (Zeiß-Obj. Apochrom, 4 mm, Projekt.-Okul. 4), welches beweist, daß auch in der Haut der männlichen Brustwarze apo-

Abb. 4. Durchschnitt durch einen krankhaften Haarfollikel und Schweißdrüsenausführungsgang (Zeiß-Obj. B, Okul. 1)

Abb. 5. Apokrine Drüsen SCHIEFFERDECKERS mit ihrem typischen Sekret. (Zeiß-Obj. Apochrom, 4 mm, Projekt.-Okul. 4)

Digitized by Google

krine Drüsen SCHIEFFERDECKERS aufzutreten pflegen, ein Befund, der meines Wissens noch niemals erhoben worden ist, da diese Drüsen beim männlichen Geschlecht bis jetzt nur in der Axilla und um den Anus gefunden worden waren. Im Mikrophotogramm sehen wir also vier erweiterte Lumina, den quergetroffenen a-Drüsenschläuchen angehörend, ausgefüllt durch ein homogenes Sekret mit Zellresten und ihnen angehörenden deutlichen Kernen. Die letzte Abb. 6 (Zeiß-Obj. B, Okul. 1) zeigt den zum vorerwähnten Drüsenknäuel gehörenden ausgebuchteten und verzweigten Ausführungsgang, wie er für die FOX-FORDYCEsche Krankheit charakteristisch ist; daneben sehen wir Blutgefäße und Schweißdrüsenknäuel, umgeben von einem mäßigen klein-

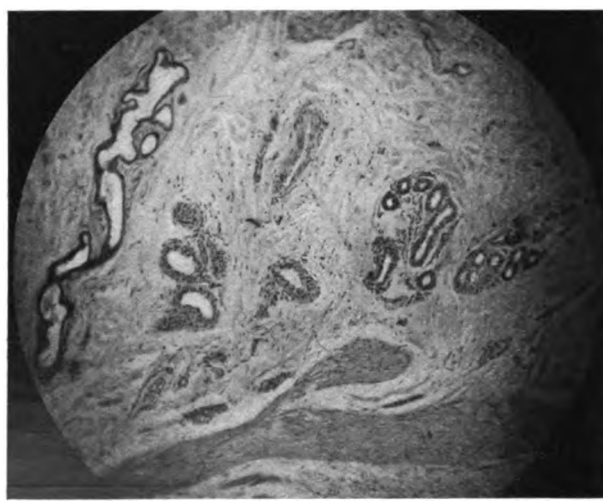


Abb. 6. Ein krankhaft ausgebuchteter und erweiterter Schweißdrüsengang (Zeiß-Obj. B, Okul. 1)

zelligen Infiltrat, ferner zahlreiche Muskelfasern, der glatten Muskulatur angehörend, die sich hier — wie immer im Warzenhofe — zu zusammenhängenden Schichten bzw. Bündeln anordnen.

Ut aliquid fieri videatur, wurden therapeutisch — da der Pat. von seinen Beschwerden erlöst zu werden wünschte — spirituöse Einreibungen mit Menthol, Salizyl und Karbol verordnet, jedoch ohne jeden Erfolg. Um aber die Qual der Impotenz bei einem jungen Manne zu lindern, wurden Pastilli testiculorum animal. (Fabricationis Klawe-Warschau) verabreicht. Merkwürdigerweise sah man zwar keine Besserung der Impotenz, wohl aber — nach ungefähr dreimonatigem Gebrauch der Pastillen — eine ziemlich bedeutende Abnahme des Juckens, so daß der Kranke nicht nur weniger kratzen mußte, sondern auch in der Nacht schlafen konnte. Klinisch bemerkte man eine leichte Abplattung der bis jetzt kugeligen Knötchen, so daß sie eher einen Eindruck flacher Papeln machten. Seit dieser Zeit entzog sich der Kranke, wahrscheinlich mit seinem Zustand zufrieden, meiner Beobachtung.

Im Lichte der kritischen Beleuchtung sehen wir also bei einem neurasthenischen Individuum die FOX-FORDYCEsche Krankheit entstehen, die außer anfänglicher lokaler übermäßiger Schweißabsonderung und außer dem typischen Jucken anscheinend auch die bestehende Impotenz im Bilde

Digitized by Google

führt, ein Zusammentreffen, welches eventuell gemeinsam gewissen Funktionsvorgängen bzw. Funktionsstörungen innerhalb des vegetativen Nervensystems zuzuschreiben wäre. Es wäre nämlich leicht möglich, daß unter dem Einfluß des genannten Systems einerseits eine Dysfunktion der Hoden, andererseits eine Änderung in der Funktion der mit den letztgenannten in Korrelation stehenden a-Drüsen (ähnlich wie es beim weiblichen Ovar nachgewiesen wurde) zutage tritt. Die Folge davon wäre eine vermehrte Schweißsekretion und eine veränderte Schweißzusammensetzung (im Sinne Fischers), wobei die differenten Sekretbestandteile den anormal funktionierenden Geschlechtsdrüsen zuzuschreiben wären. (Ähnliche Änderungen in der Zusammensetzung des Schweißes beobachten wir während der Brunstzeit der Tiere sowie während der Menstruation und Gravidität des Weibes.) Das verändert zusammengesetzte Drüsensekret konnte dann einerseits den Juckreitz hervorrufen, andererseits zu den Verhornungsanomalien in und um die Schweißdrüsengänge und Haarfollikel sowie zum kleinzelligen Infiltrat führen. Die therapeutisch jedoch eingeführten Hodenhormone, welche zwar das leicht ins Auge fallende Schwinden der Impotenz nicht zur Folge hatten, dürften jedoch einen Einfluß auf das vegetative System und die innere Sekretion der Geschlechtsdrüse ausgeübt haben, was endlich — durch das Ablenken des a-Drüsensekretes in der Richtung zur quantitativen und qualitativen Normale — die Abnahme des Juckreizes und das leichte Abplatten der Hauterscheinungen zur Folge haben konnte.

Zusammenfassend handelt es sich also hier um:

1. einen einwandfreien Fall der Fox-Fordycheschen Krankheit mit ihrer klassischen klinischen und geweblichen Veränderung.

2. Die Krankheit hat ein männliches Individuum befallen, eine Seltenheit, die bis jetzt in der Literatur ein einziges Mal registriert wurde (Fall Fox 1902).

3. Die histologische Exploration weist in der Haut der Area mammarum unzweideutige apokrine Schweißdrüsen Schiefferdeckers auf, eine Tatsache, die bis jetzt unbekannt war, da diese Drüsen beim Manne nur in der Axillarhaut, um den Anus und sehr selten an den Pubes gefunden wurden.

4. Pathogenetisch wäre in diesem Falle eine veränderte Funktion der Testes mit einer nachfolgenden Produktion des in seinem Bestand veränderten Hodenhormones anzunehmen, welches dann als solches zur Dysfunktion der apokrinen Drüsen bzw. zur Ausscheidung eines qualitativ differenten Sekretes dieser Drüsen führt und dadurch die beschriebenen Anomalien in der Epithelverordnung, die Veränderungen an den Schweißdrüsen und Haarfollikeln sowie das kleinzellige Infiltrat hervorruft.

Digitized by Google

Aus der Univ.-Hautklinik in Gießen (Prof. Dr. Jesionek)

Über die Ursachen von Fehlergebnissen der Seroreaktionen nach Wassermann und Meinicke[1])

Von

Dr. W. Engelhardt

Entnimmt man einem Kranken Blut zur Anstellung der Seroreaktionen und schickt Proben dieses Blutes in verschiedene Institute zur Untersuchung nach Wassermann, so beobachtet man recht häufig, daß die Ergebnisse voneinander abweichen. Die Differenzen können in selteneren Fällen sogar so weit gehen, daß von den Untersuchungsanstalten sich vollkommen widersprechende Resultate abgegeben werden. Diese auffällige Beobachtung gab Veranlassung zu systematischen Vergleichsuntersuchungen, die im Jahre 1916 von Heller und Freudenberg an bekannten Berliner Untersuchungsämtern angestellt wurden. Ihre Ergebnisse führten zu einer so großen Zahl von Divergenzen, daß Freudenberg zu dem Schlusse kommt, daß der negative oder positive Ausfall der Reaktion unter Umständen nur abhängig sei von der gewählten Untersuchungsstelle A, B oder auch C. Heller gibt an, daß ihm unter 87 Doppeluntersuchungen in 16 Fällen vollkommen widersprechende Ergebnisse mitgeteilt worden sind. Bei Freudenberg berechnen sich die sich widersprechenden Ergebnisse sogar auf 33%. Nun fallen diese Untersuchungsergebnisse allerdings in die Kriegszeit und in eine Zeit, in der eine einheitliche Ausführung der WR noch nicht durchgeführt war. Daß dieses Moment eine große Rolle spielte, scheinen die wesentlich besseren Ergebnisse amerikanischer Untersucher nahezulegen. In Amerika war die Ausführung der WR schon damals behördlich geregelt. Dort von Schulmann an über 80 Fällen angestellte Vergleichsuntersuchungen ergeben Differenzen in 14 Fällen, die allerdings nur Gradunterschiede umfassen und die Diagnose des einsendenden Arztes nicht auf falsche Bahnen lenken konnten. Obwohl nun seit 1919 die in Deutschland übliche Technik durch die „Staatlichen Bestimmungen" geregelt ist und damit viele Fehlerquellen, die in der Art der Ausführung gelegen waren, wegfallen — ich erwähne hier nur die früher allgemein übliche Ausführung der Reaktion mit nur einem einzigen Extrakt, die wohl die Hauptfehlerquelle war — so kann man trotzdem auch heute noch die Erfahrung machen, daß von verschiedenen Untersuchern differierende Ergebnisse abgegeben werden. Es ist daher nicht auszuschließen, daß neben den durch die Technik bedingten und vermeidbaren Fehlern noch weitere Fehlerquellen in Betracht kommen, die in der Literatur nur spärlich bearbeitet sind und nicht die verdiente Würdigung gefunden haben.

---

[1]) Nach einem in der „Medizinischen Gesellschaft" in Gießen am 25. I. 1927 gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

Das reichhaltige Material der Gießener Hautklinik, bei dem ein dem klinischen Krankheitsbild nicht entsprechendes Reaktionsergebnis sofort auffallen müßte, gab Gelegenheit zum Studium der nicht durch die Technik der Reaktionsausführung bedingten Fehlerquellen.

Die Möglichkeit, die Reaktion beeinflussende Fehler zu begehen, beginnt mit der Blutentnahme. Über diese Fehlerquellen, die nach den Ergebnissen unserer Versuche nur eine sehr geringe Rolle spielen, kann ich schnell hinweggehen. Ich fasse ganz kurz zusammen: Es ist nicht nötig, daß dem Kranken im nüchternen Zustand Blut entnommen wird, da chylöse Seren nach 85 hier vorgenommenen Kontrolluntersuchungen keinerlei Differenz ergaben. Es dürfen jedoch die zum Zwecke der Blutentnahme verwandten Kanülen und Spritzen mit chemischen Desinfizientien nicht in Berührung kommen. Vor allem sind alle Reste des zur Spritzen- und Nadelinfektion so beliebten Alkohols und Äthers durch Ausspritzen am besten mit physiologischer Kochsalzlösung zu entfernen. Geschieht dies nicht, so ist nach unseren Ergebnissen an 50 Blutseren damit zu rechnen, daß in 2 Fällen, also 4%, zweifelhafte Reaktionsausfälle erwartet werden müssen, die, wenn sie auch nicht zu einer Fehldiagnose führen, doch zur Wiederholung der Blutentnahme zwingen. Die physiologische Kochsalzlösung der Deutschen Pharmokopoe besitzt einen Sodazusatz von 0,015%. Sie ist zur Alkoholentfernung nicht zu empfehlen, da Alkali sehr oft zu unerwünschten Reaktionsveränderungen führt. So kann Natronlauge nach Angaben von PÖHLMANN in Konzentrationen von 1/800n bis 1/3000n ein positives Serum stark abschwächen, ja sogar vollständig negativ machen. Allerdings gehen unsere Erfahrungen dahin, daß in über 80 Fällen auch bei Verwendung sodahaltiger physiologischer Kochsalzlösung zum Ausspritzen von Kanüle und Spritze eine Reaktionsänderung nicht beobachtet werden konnte. Dagegen ist zur Anstellung der Reaktionen selbst die physiologische Kochsalzlösung ohne Sodazusatz ein unbedingtes Erfordernis. Als weitere Fehlerquelle kommt nach LANGER eine Beeinflussung der Reaktion durch längere Berührung des Serums mit dem Wattepfropfen (bei Verwendung nicht entfetteter Watte) in Betracht. Bei der an 100 Fällen vorgenommenen Prüfung gingen wir so vor, daß wir gleichzeitig in 2 Reagenzröhrchen Blut entnahmen und das eine 8 Tage lang liegend im Eisschrank, also in Berührung mit dem Wattepfropfen, das andere stehend im Eisschrank aufbewahrten. Ein Einfluß durch die Berührung mit der Watte war nicht erkennbar, die Bedeutung dieser Fehlerquelle ist also sicher sehr gering. Die früher so oft beobachtete und angeführte Eigenhemmung der Seren ist bei richtiger Technik eine so seltene Erscheinung, daß ich bei Durchsicht der letzten 1000 WR-Protokolle keine einzige verzeichnet fand. Ich erinnere mich, sie nur bei hochgradig bakteriell infizierten Seren gesehen zu haben. Eine Fehlerquelle der WR bildet sie nicht, da derartige Seren zur WR nicht verwendet werden dürfen. Wird die Reaktion trotzdem angestellt, so verbietet die ungelöste Serumkontrolle die Abgabe eines Ergebnisses und zwingt zur Neuanstellung der Reaktion mit frisch entnommenem Blut.

Die gleichzeitig mitüberprüfte MEINICKE-Reaktion zeigt bei keiner der angegebenen Versuchsanordnungen Reaktionsschwankungen gegenüber den Kontrolluntersuchungen.

Digitized by Google

Die Nachprüfung der bis jetzt besprochenen Fehlerquellen gibt also nur eine ungenügende Erklärung für Divergenzen von Reaktionsresultaten bei einwandfreier Technik. Nun machten wir die Beobachtung, daß die WR mit Blutserum, das am gleichen Tag entnommen und untersucht wurde, auffallend häufig mit der gleichzeitig angestellten MEINICKE-Reaktion nicht übereinstimmte (15,4%). Zur Klärung dieses eigentümlichen Verhaltens wurden die Reaktionen mit dem gleichen, zur ersten Untersuchung benutzten Serum nach 3—4 Tagen nochmals angestellt. Es zeigte sich nun, daß das Untersuchungsergebnis sowohl bei der WR als auch bei der MR gegenüber der Erstuntersuchung ein anderes war. Bei Durchsicht der Literatur fand ich in der neuesten Auflage des BRUCKschen Buches „Serodiagnose der Syphilis" nur ein kurzes Eingehen auf diese wichtige Tatsache. Dagegen fand ich eine gute Bearbeitung und experimentelle Bestätigung unserer Versuchsergebnisse in einer 1913 erschienenen Arbeit von SEIFFERT und RASP. Die Autoren stellen eine Änderung der Reaktionsstärke in 34% fest; diese Zahl schien so enorm, daß man sich wundern muß, daß über Divergenzen von Reaktionsausfällen in verschiedenen Instituten nicht mehr berichtet wurde. Über Reaktionsschwankungen der MR sind mir Veröffentlichungen nicht bekannt. Der größte Teil der Untersucher, die sich mit den Reaktionsschwankungen bei der WR beschäftigt haben (KREFTING, M. STERN, MEIROWSKY, RASP und SONNTAG, BROWNING und MC KENZIE, TRINCHESE), suchten die Fehlerquellen in der Veränderlichkeit der zur Reaktion benötigten Reagentien. Vor allem wird dem Komplement die Schuld gegeben. Nur RASP und SEIFFERT glauben, daß der Grund der Reaktionsänderung durch das längere oder kürzere Lagern des Serums bedingt ist. Da wechselnde Resultate die Bewertung der WR unsicher machen, schien uns eine eingehende Nachprüfung dieser Fragen erwünscht. Gleichzeitig war es wissenswert, zu erfahren, in welchem Umfange die MR bei wiederholter Anstellung Reaktionsveränderungen erkennen läßt.

Es wurden 410 Seren gleichzeitig nach der WASSERMANN-Originalvorschrift und nach der MEINICKE-Methode untersucht. Als selbstverständlich erwähne ich, daß zu den Wiederholungsuntersuchungen mit Ausnahme des Komplements und der Hammelblutkörperchen stets die gleichen Reagentien in gleicher Versuchsanordnung verwandt wurden. Um möglichst auch Komplementschwankungen auszuschließen, benutzten wir zeitweise das Trockenkomplement der Firma Gans; es steht in seiner Wirkung jedoch so stark dem frischen Komplement nach, daß wir von seiner Verwendung bald wieder Abstand nehmen mußten.

Die erste Untersuchung der Sera erfolgte am Tage der Blutentnahme, eine Wiederholungsuntersuchung nach 3—4 Tagen. Während die MEINICKE-Reaktion unter 410 Fällen nur 27mal (6,6%) Reaktionsschwankungen zeigte, wurden bei der WR Schwankungen in 45 Fällen (10,9%) festgestellt. Im Sinne einer Reaktionsverstärkung reagierten bei der Wiederholungsuntersuchung nach MEINICKE nur 3 Seren (0,7%), nach WASSERMANN jedoch 36 (8,8%). Bei der Abschwächung der Reaktionen war es umgekehrt — hier steht die MR mit 24 gegen 9, also mit 5,9 gegen 2,2% bei der WR an der Spitze. Wie Sie sehen, kommt es nun bei der WR in 0,7% der Fälle vor, daß eine bei der ersten Untersuchung negative

Digitized by Google

Reaktion bei der Wiederholungsuntersuchung nach einigen Tagen positiv wird. Bei der MR konnte etwas Derartiges nie beobachtet werden. Andererseits kommt es aber bei beiden Reaktionen nie vor, daß bei der ersten Untersuchung positive Reaktionen bei der Wiederholung vollkommen negativ werden. In einer zweiten Versuchsreihe, die sich auf 250 Fälle erstreckte, wurden Seren erstmalig am 1. 2. oder 3. Tag nach der Blutentnahme untersucht und dann die Untersuchung des gleichen Serums am 4. und 7. Tage wiederholt. Aus den Ergebnissen dieser Versuchsreihe ist ersichtlich, daß die größte Reaktionsstärke und eine gewisse Konstanz des Reaktionsausfalles am 4. Tage nach der Blutentnahme erreicht ist. Die Untersuchung am 7. Tage ergibt ein gleiches, in manchen Fällen aber ein etwas schwächeres Ergebnis.

Die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Krankheitsbild und Reaktionsschwankung läßt die wichtige Tatsache erkennen, daß nur Syphilitikerserum durch das Aufbewahren Veränderungen erleidet, die zu Reaktionsschwankungen führen können. Bei luesfreien Personen kommen Reaktionsschwankungen nicht zur Beobachtung. Deshalb kann eine Reaktion, die bei erster Untersuchung — auch am Tage der Blutentnahme — positiv ausfällt, als beweisend für eine bestehende Lues angesehen werden. Zweifelhafte Ausfälle erfordern dagegen eine Wiederholung nach 4- bis 5tägigem Lagern. Ein jetzt positives Ergebnis spricht für Lues. In unklaren Fällen sind daher die Seroreaktionen mit dem gleichen inaktiviertem Zustande 3—4 Tage aufbewahrten Serum nochmals anzustellen; durch diese Wiederholungsuntersuchung wird in den meisten Fällen eine Klärung der serologischen Diagnose erfolgen können, ohne daß eine neue Blutentnahme erforderlich ist. Ebenso müssen solche Untersuchungen wiederholt werden, bei denen MR und WR auffallende Gradunterschiede in der Reaktionsstärke aufweisen oder sich widersprechen. Inkomplette oder komplette Hemmungen, die bei der Wiederholungsuntersuchung auftreten, sind bei gleichzeitig positivem Meinicke als sicher positiv zu bezeichnen.

Untersuchen wir nun die Frage des Zusammenhanges zwischen den einzelnen Stadien der Lues, der Behandlung und den Reaktionsschwankungen näher, so ergibt sich, daß es sich in allen Fällen, die eine Reaktionsschwankung zeigen, entweder um latente Luetiker oder um Lueskranke am Ende der Behandlung handelt — also um solche Fälle, in denen die Reaktionen häufig inkomplette Hemmungen zeigen. Wird eine bei der ersten Untersuchung des Serums negative Reaktion bei der nochmaligen Untersuchung nach 3—4 Tagen positiv, so handelt es sich immer um ein luetisches Serum. Eine kurze Besprechung verdienen die Fälle, die bei der ersten Untersuchung einwandfrei negativ, bei der Wiederholungsuntersuchung nach Wassermann positiv wurden. In den drei diesbezüglichen von uns beobachteten Fällen stammte das Blut einmal von einer lueskranken Gravida, in den beiden anderen Fällen von Syphiliskranken, die am Ende der Behandlung standen. In diesen Fällen wurde die Reaktion mit dem im Abstand von 4 Tagen jedesmal frisch entnommenen Blut dreimal mit dem stets gleichen Ergebnis — bei Erstuntersuchung negativ, bei Wiederholung stark positiv — angestellt. Eine durch die Versuchsanordnung bedingte Fehlerquelle ist hier ausgeschlossen, da in derselben

Digitized by Google

Versuchsreihe frisch entnommenes Blut und Blut, das 4 Tage gestanden hatte — beides vom gleichen Patienten —, zur Untersuchung kam. Das frische Serum reagierte negativ, das 4 Tage alte positiv.

Wir haben somit eine Hauptursache des verschiedenartigen Reaktionsausfalles bei der WR zu sehen in der Reaktionsänderung durch das Lagern, da Untersuchungen an verschiedenen Untersuchungsstellen nie zeitlich genau übereinstimmend nach der Blutentnahme angestellt werden dürften. Da auch die Trübungs- bzw. Flockungsreaktion nach Meinicke bei wiederholten Untersuchungen des gleichen Serums Reaktionsschwankungen zeigt, so ist es unmöglich, daß die zur WR benutzten Reagentien die alleinige Schuld an der Divergenz bei Wiederholungsuntersuchungen haben. Mit Seiffert und Rasp müssen wir noch nicht geklärte Reaktionsänderungen des Serums durch das Lagern annehmen. Diese Reaktionsänderungen werden in einem recht hohen Prozentsatz bei luetischen Seren beobachtet. Unter unserem Material von 410 Fällen waren 137 positiv reagierende Fälle; auf diese allein berechnet — da ja negatives Serum keine Veränderung durch das Lagern erleidet — ergibt sich, daß die WR gegenüber der Erstuntersuchung am Tage der Blutentnahme bei einer Wiederholungsuntersuchung nach 3—6 Tagen Reaktionsänderungen zeigt in 32,7%, die Meinicke-Reaktion in 19,8%. Eine Neubildung oder ein völliges Schwinden der die Reaktionen auslösenden Körper im Serum halten wir natürlich für ausgeschlossen. Da jedoch ältere steril aufbewahrte Seren eine stärkere Eigenhemmung zeigen als frische, so könnte man daran denken, daß die Zerstörung der in jedem Blut vorhandenen Normalhämolysine gegen Hammelblutkörperchen den Ausfall der WR nach der positiven Seite beeinflußt. Die MR ist weniger Schwankungen ausgesetzt als die WR. Sie zeigte im Gegensatz zu der WR bei gealterten Seren Tendenz zur Reaktionsabschwächung, wodurch sie eine willkommene Ergänzung der WR wird. Bei gemeinsamer Verwertung der Ergebnisse beider Reaktionen dürften Fehlergebnisse zu den größten Seltenheiten gehören. Die Tatsache der Reaktionsschwankungen trägt jedoch weiter dazu bei, zu fordern, daß das Ergebnis der Untersuchungsanstalt keineswegs die Therapie oder Diagnose des behandelnden Arztes ausschlaggebend beeinflussen darf. Weiterhin dürften quantitative Unterschiede des Reaktionsausfalles (etwa als schwach oder stark positiv) für die Beurteilung der Schwere eines Krankheitsfalles oder des Erfolges einer Therapie nur mit der größten Vorsicht verwertet werden. Eine Verwertung ist überhaupt nur zulässig, wenn die Untersuchungen stets nach einer bestimmten Zahl von Tagen nach der Blutentnahme vorgenommen werden. Als geeigneter Zeitpunkt ist der 4.—6. Tag nach der Blutentnahme zu bezeichnen. Aus unseren Untersuchungen geht weiter hervor, daß bei sich widersprechenden Ergebnissen verschiedener Institute — einmal positiv, einmal negativ — dem positiven Ausfall die größere Bedeutung beizulegen ist und die Untersuchungen mit Serum, das 3—4 Tage gestanden hat, wiederholt werden müssen.

Nach dem Vorgebrachten, das nicht an der Spezifität der WR rütteln kann oder soll, wird es interessieren, welches Maß von Genauigkeit bei einwandfreier Technik an unseren Untersuchungsanstalten bei den laufenden Serienuntersuchungen erzielt werden kann. Nach Untersuchungen, die

Digitized by Google

während meiner Tätigkeit im hiesigen hygienischen Institute im Jahre 1921 durch Vergleich der Krankengeschichte mit dem Ausfall der Seroreaktion an Hand von ca. 1100 Krankheitsfällen angestellt wurden, kam ich zu einem recht günstigen Ergebnis. Zwischen klinischer und serologischer Diagnose konnten bei fehlerfreier Technik unaufklärbare Differenzen in nur 1% festgestellt werden (11 direkte Widersprüche unter 1118 Krankheitsfällen). Diese Zahl stimmt gut überein mit den durch Reaktionsschwankungen bedingten vollkommenen Divergenzen zwischen erster und zweiter Untersuchung, die in 0,7% unserer Fälle auftraten. Unter Einbeziehung der Fälle, in denen die WR dem Kliniker keine ausreichende Klärung geben konnte, und der Fälle, in denen die ursprünglich gestellte Diagnose durch den Ausfall der Reaktion nicht umgestoßen wurde, konnte ein „Nutzeffekt" von 95,9% errechnet werden, d. h. der materialeinsendende Arzt hat damit zu rechnen, daß ihm unter 1000 Fällen 959 mal — nicht wie im Bruckschen Buche irrtümlich angegeben 995 mal — richtige, einwandfrei positive oder negative Resultate gegeben werden können. Das ist gewiß ein gutes Ergebnis, das allerdings nur erreicht werden kann durch verständnisvolles Zusammenarbeiten von Kliniker und Bakteriologen.

Aus der Dermatologischen Universitäts-Klinik und Poliklinik in München
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. L. v. Zumbusch)

Die Granugenolbehandlung der gonorrhoischen Erosionen der Portio

Von

Dr. Hilde Thalmann, Volontärassistentin

Die ziemlich oft anzutreffenden Zervixerosionen erschweren bekanntermaßen die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Die Lapistouchierung, wohl die am meisten verbreitete Therapie der Erosionen, läßt unbefriedigt. Das ist erklärlich, wenn man sich der pathologisch-anatomischen Veränderungen, die den Erosionen zugrunde liegen, erinnert. Es handelt sich eben nicht nur um eine Erosion, d. h. um einen Epitheldefekt, sondern die Hauptsache ist eine Heterotopie. An Stelle festgefügten Plattenepithels wuchert das Zylinderepithel aus dem Zervixkanal und überwuchert die Portio, oder es wandelt auch deren Epithel um. So kommen die großen schwammigen, papillären Erosionen zustande. Zweck der Therapie muß daher sein, einmal die Heterotopie zu verhindern, andererseits die Bildung von gesundem Plattenepithel zu begünstigen.

Auf Grund der Erfahrungen von Rost hat nun die Firma Knoll das Granugenol in den Handel gebracht, ein partiell gereinigtes Mineralöl, dessen wirksamste Bestandteile Terpene und Polyterpene sind. Von chirurgischer Seite liegen bereits günstige Urteile darüber vor.

Bei aller kritischen Vorsicht, die man derlei Präparaten gegenüber zu üben hat, kann auf Grund der Versuche auf der Frauenabteilung der v. Zumbuschschen Poliklinik kurz gesagt werden, daß das Mittel allen anderen bei der Behandlung von gonorrhoischen Zervixerosionen überlegen ist. Granugenol gewährleistet eine rasche Abheilung der Erosionen und ermöglicht damit eine ungehinderte Behandlung der Gonorrhoe.

Nach ausgedehnten Vorversuchen hat sich folgende Behandlungsart als die zweckmäßigste erwiesen und wird nun schon seit über einem Jahr auf der genannten Abteilung geübt: Nach Entfernung des Vaginalfluors und Zervixsekretes wird ein möglichst dick gerollter Wattetampon, der mit einer Schnur zum Herausziehen versehen ist, mit etwa 15 g Granugenol getränkt und durch das Spekulum vor die Erosion geschoben. Der

Digitized by Google

Tampon bleibt über Nacht liegen. Schon nach einigen Tagen sieht man die entzündlichen Erscheinungen, die starke Rötung, leichte Blutung usw. schwinden, die schlaffen Granulationen werden straffer, die Überhäutung beginnt.

Von den letzten 30 derart behandelten Fällen, die einer genauen statistischen Prüfung unterzogen wurden, heilten 23 glatt, 6 stehen noch gebessert in Behandlung, eine Patientin blieb aus. 4 von den Geheilten erlitten einen Rückfall, wurden dann aber wieder mit der gleichen Methode endgültig geheilt. 7 der geheilten Fälle waren zuvor erfolglos mit Lapis touchiert worden.

Die durchschnittliche Heildauer beträgt 15 Sitzungen, also rund 14 Tage bei ziemlich großen Schwankungen je nach der Größe der Erosion und bemerkenswerterweise je nach Alter der Patienten; junge Patientinnen zeigen schnelleres Heilungsbestreben. Nach durchschnittlich 6—7 Granugenolbehandlungen konnte bei allen wieder ein antigonorrhoisches Zervixstäbchen eingeführt werden, wie das auf der genannten Abteilung üblich ist (s. Wirz und Hirsch[1]). Die Unterbrechung der Gonorrhoetherapie, welche die Erosionen notwendig machten, dauerte somit durchschnittlich nur eine Woche, also ebensoviel wie eine Menstruation, was einen gewissen Fortschritt in der leidigen Gonorrhoetherapie der Frau bedeutet.

Bemerkungen zu der Chemotherapie der Urethritis gonorrhoica nach der Jausionschen Methode. (Intravenöse Acridintherapie)

Von

Dr. Diamantis in Kairo

Die beiden interessanten Publikationen von Jausion und seinen Mitarbeitern in der Presse méd., 1926, Nr. 13 u. 51) veranlaßten mich, Versuche mit der Chemotherapie der Urethritis gonorrhoica zu machen. Ich hatte bereits früher mit ganz guten Erfolgen Versuche mit Lösungen der Acridinderivate bei der Lokalbehandlung der Gonorrhoe gemacht (nach Angaben von Davis und Harel, The Journal of Urology, Baltimore, August 1919.)

Meine Erfahrungen mit der intravenösen Acridinbehandlung können nicht mit den bisher veröffentlichten großen Statistiken verglichen werden (außer den bereits genannten, besonders die von Duhot, Le Scalpel, März 1926). Ich habe die Methode bisher nur an etwa 15 Fällen versucht, von denen ich hier vier etwas ausführlicher behandeln möchte, da sie mir ein gewisses Interesse zu verdienen scheinen. Von diesen 4 Fällen wurde einer ausschließlich mit intravenösen Injektionen von Trypaflavin behandelt, bei den übrigen 3 Fällen setzte diese Behandlung erst ein, nachdem vorher die üblichen Behandlungsmethoden vergeblich versucht waren, jedoch wurde sofort bei Beginn der neuen Behandlung mit jeder lokalen Therapie aufgehört.

Fall 1. Th. Ch., 25 Jahre. Befund: Cystitis haemorrhagica und Prostatitis. Zweimonatige übliche Behandlung, keine wesentliche Besserung. Darauf Acridintherapie. 15 Injektionen à 5 ccm der 2%igen Lösung ohne gleichzeitige Resorcingaben per os. Komplette Heilung, kein Rückfall nach Provokation durch Alkohol und Koitus. Einige Tage später, „Coup de soleil acridinique“ des Gesichts sowie Herp. labial. ohne Eiterbläschen. Starke subikterische Verfärbung, die nach einigen Tagen ohne besondere Behandlung verschwindet.

Fall 2. P. K., 30 Jahre. Erste gonorrhoische Infektion. 40tägige, sogleich mit den üblichen Methoden einsetzende Behandlung beseitigt den eitrigen Ausfluß nicht. Darauf 15 Injektionen Trypaflavin, davon die ersten 4 oder 5 ohne Resorcin. Ausfluß hört auf, auch nach Provokation wie bei Fall 1 kein Rückfall.

Patient sehr lichtüberempfindlich, verschiedene Erytheme an den dem Licht besonders ausgesetzten Körperstellen. Täglich einmal 0,25 Resorcin, wonach diese Erscheinungen aufhören.

---

[1]) M. m. W., 1925, Nr. 34, S. 1415, und Nr. 40, S. 1694.

Digitized by Google

Fall 3. N. Ch., 28 Jahre. Vierte Gonorrhoe. Keine Lokalbehandlung. Nach 12 intravenösen Injektionen, außerdem täglich einem Cachet Resorcin, vollständige Heilung ohne jede Nebenerscheinung.

Fall 4. W. G. L., 45 Jahre. Gonorrhoe, 14 Tage erfolglose elektrische Behandlung (Diathermie?). Befund: starker eitriger Ausfluß, sehr schmerzhafte Zystitis. Acridintherapie, 13 intravenöse Injektionen, außerdem täglich einmal 0,25 Resorcin.

Während der Behandlung ikterische Verfärbung. Harn: Zucker positiv. Die Glykosurie verschwindet nach einiger Zeit und ist seitdem nicht wieder aufgetreten.

Bei meinem therapeutischen Handeln habe ich mich streng an die Jausionschen Mitteilungen gehalten, und zwar gab ich dreimal wöchentlich eine intravenöse Injektion von 5 ccm der 2%igen Lösung von Trypaflavin. Während einer Kur habe ich nie mehr als 15 Injektionen gemacht (während Jausion in wenigen Fällen bis zu 30 Injektionen gegeben hat). Einer meiner Fälle wurde bereits nach 12 Injektionen ausgeheilt, ein anderer nach 13.

Zu Beginn möchte ich über die Nebenerscheinungen berichten, die ich bei der intravenösen Trypaflavinbehandlung beobachtet habe, obwohl oder gerade weil den meisten keine größere Bedeutung beizumessen ist.

Wie bei jeder intravenösen Injektion bin ich sehr vorsichtig, injiziere erst eine ganz geringe Quantität, um dann 1 Minute zu warten, bis der übrige Inhalt der Spritze injiziert wird. Bei diesem Vorgehen konnte ich die Nebenerscheinungen vermeiden, über die gelegentlich berichtet wird, wie Schwindelgefühl, vermehrter Speichelfluß und selbst Erbrechen. Bevor ich mich diesem Vorgehen anpaßte, mußte ich derartige Erscheinungen beobachten. Ja, bei einem Fall war ich nach der dritten intravenösen Injektion gezwungen, die Behandlung aufzugeben, da der Kranke sich infolge der aufgetretenen Symptome der Beobachtung entzog.

Das erste Gefühl des Patienten, schon während der Injektion, ist eine Hitzesensation im Hals, die Kranken haben gleichzeitig das Gefühl, daß sich der Larynx zusammenzieht. Diese Beobachtung habe ich bei allen von mir behandelten Patienten machen können; häufig, jedoch nicht regelmäßig, zeigt sich ein ähnliches Gefühl in der Dammgegend. Es empfiehlt sich, die Patienten vorher über diese Erscheinungen zu unterrichten, hauptsächlich, damit ihnen dadurch keine Furcht eingejagt wird, außerdem jedoch kann man ihnen dabei erklären, daß Trypaflavin außer seiner allgemein antiseptischen Wirkung einen ganz besonderen Effekt auf das Urogenitalsystem ausübt. (Eine Erklärung, die sich besonders bei den schwer zu behandelnden Patienten im Orient empfiehlt, und die mir um so notwendiger erscheint, als eine Verringerung des Ausflusses erst nach 5—6 Injektionen beobachtet wird, so daß nur die oben angegebenen Zeichen auf den Patienten suggestiv wirken können.)

Während der Behandlung habe ich nicht die „Euphorie" und das „Wohlbefinden" bei den Patienten konstatiert, von dem Jausion spricht, jedoch konnte ich feststellen, daß die Behandlung in keiner Weise anstrengend für den Kranken ist. Nach einigen Behandlungstagen haben manche Kranke ein subikterisches Aussehen, das ich erst auf die charakteristische Acridinfärbung zurückführte, heute bin ich dessen nicht mehr ganz sicher, denn Fall 4 zeigte außer dieser subikterischen Färbung eine leichte Glykosurie, die vor der Behandlung nicht vorhanden gewesen war. Ein Medikament, daß eine Störung im Zuckerhaushalt hervorruft, kann vielleicht auch eine schädigende Wirkung auf die Gallenfunktion hervorrufen, und besonders in den Ländern mit tropischem und subtropischem Klima ist die Leber nie vollkommen normal und außerordentlich empfindlich gegenüber allen möglichen Medikamenten. Hierzu kommt noch, daß der erwähnte Fall nicht mehr ganz jung war (45 Jahre alt), was die Widerstandskraft der Leber wohl noch verminderte.

Jausion warnt vor dem „Acridinsonnenstich" (Coup de soleil acridinique), der in Paris besonders zwischen April und Juni zur Beobachtung kommt, d. h. während der Monate mit starkem Licht; in Ägypten ist die Sonne immer hell und leuchtend, die Lichtempfindlichkeit gegenüber Acridin besteht also während des ganzen Jahres. Bei meinen ägyptischen Patienten habe ich dieses Phänomen nie beobachten können, jedoch bei der europäischen Klientel habe ich zwei Fälle gesehen, bei denen ich gezwungen wurde, während der Behandlung täglich ein Cachet Resorcin (0,25 g) zu geben, das von Jausion als Antiphotosensibilisator angegeben wird.

Das Präparat wird nur langsam ausgeschieden, der Urin zeigt die typische Acridinfarbe noch etwa 14 Tage nach der letzten Injektion.

Bei der Acridintherapie der Gonorrhoe bestehen nur geringe Nebenerscheinungen im Vergleich zu den großen Fortschritten, welche die Methode bietet. Ich bin über-

Digitized by Google

zeugt, daß die Chemotherapie der Gonorrhoe keine Schimäre ist, die Acridinderivate besitzen einen unbestreitbar bakteriziden Einfluß auf die Mikroben der Urethra.

Natürlich genügt dies noch nicht; einige Vervollkommnungen sind notwendig (besonders müssen die Irritationen bei paravenösen Injektionen möglichst herabgemindert und die Nebenwirkungen auf die Leber vollkommen ausgeschaltet werden).

Doch auch bei den noch bestehenden Nachteilen leistet die Acridintherapie bereits Außerordentliches in der Behandlung der Gonorrhoe und wird hoffentlich auch dazu beitragen, daß die Spezialisten etwas von der Lokalbehandlung zurückgehalten werden, die so viel Unheil anrichtet.

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 2. Dezember 1926

Vorsitzende: Riehl, Fischl Schriftführer: Fuhs

Kumer: **Epidermophytie.**

Spitzer, E.: 1. **Lichen planus der Handflächen.**

2. **Lichen planus mucosae oris.**

3. **Erythema multiforme der Lippen und Zunge.** Hämorrhagische Effloreszenzen an den Handrücken. Die Krankheitserscheinungen, die innerhalb zweier Jahre zum viertenmal rezidivierten, dürften ihren Ausgang von einem höchst schmierigen fötiden Belag der kariösen Zähne genommen haben.

Renier: **Sklerodermie en plaques am Hals.**

Nobl: 1. **Kavernomähnliches, melanotisches Karzinom.** 73jähr. Pat., an der inneren Fußwölbung rechts eine hühnereigroße, erodierte Geschwulst. Das Neoplasma besteht seit drei Jahren. Im Gewebsbild von Pigmentschollen durchsetzte Krebsnester, in die Kutistiefe reichend.

2. **Granuloma annulare.**

Kren: **Lichen nitidus.** 30jähr. ziemlich pigmentreiche Frau mit obsoleter Apixitis, in der linken Flanke gruppierte einzelstehende, steil aufsteigende, in der Farbe kaum kontrastierende stecknadelkopfgroße Knötchen. Histologisch: scharf abgesetzte Knötchen in der obersten Papillarschicht von tuberkuloidem Bau.

Ullmann: 1. **Angioneurotisches Ödem.** 23jähr. Kranke, seit etwa drei Wochen im Gesicht Schwellung ohne Rötung, darin eine Reihe juckender Knötchen (papulöses Ekzem). Keine allgemeinen Krankheitserscheinungen. Das angioneurotische Ödem ist als Gleichgewichtsstörung im osmotischen Verhalten anzusehen und auch in Quinckes ursprünglicher Beschreibung werden diese rezidivierenden Schwellungen als angioneurotische Entzündungen mit vorwaltendem Ödem aufgefaßt. Die Therapie soll demgemäß in intravenöser Zufuhr anisotonischer Lösungen zur Vermehrung der Ca- und Na-Ionen im Gewebe (Ekzebrol) bestehen.

2. **Pityriasis lichenoides.** 23jähr. Kranke, seit 4 Monaten teils schuppende, teils pustulöse, ulzeröse Hautsymptome an Stamm und Extremitäten, mit Verschonung der Hals-, Gesichts- und Kopfregion und des Rückens. Die leicht erhabenen, blaßroten und stellenweise noch schuppenden Flecke am Rumpf entsprechen der Pityriasis lichenoides an mehreren Stellen.

Oppenheim: 1. **Multiple Ulzerationen bei Dermatitis atrophicans diffusa progressiva.** 59jähr. Frau. Haut der unteren Extremitäten fast vollständig atrophisch. Von der Mitte des Unterschenkels abwärts pseudosklerodermatische Veränderung. Am linken Fußrücken bis schillinggroße, runde glattgrundige Ulzerationen, die den Eindruck von gummösen Ulzerationen machen. Die Ulzera beginnen als dickwandige, wenig entzündete Pusteln, die sich rasch in progrediente Geschwüre umwandeln. Die Kultur aus dem Geschwürsgrund Staphylococcus pyogenes aureus und ein Diplokokkus, Überimpfung auf den Oberschenkel mit Sekret erzeugt eine Pustel. Es handelt sich vielleicht um ekthymaähnliche Geschwürsformen, die durch den in seiner Ernährung veränderten Boden (pseudosklerodermatische Stellen) dieses eigentümliche klinische Bild angenommen haben.

Digitized by Google

2. **Lupus erythematosus.** 44jähr. Mann, an der Innenseite der rechten Wange drei Schleimhautherde, zwei kleinere gegen die Unterlippe zu. Der Hautlupus nach 16 Triphal- und Aurophosinjektionen bedeutend gebessert, der Herd der Wange mit Pigmentierung völlig geheilt. Der Schleimhautlupus nicht nur nicht gebessert, sondern sogar progredient, neue Schleimhautherde sind aufgetreten. Der Fall ist interessant durch die Einseitigkeit des Schleimhautlupus (nur rechts), dort wo der große Hautherd vernarbt ist, und durch die Unwirksamkeit des Triphals auf den Schleimhautlupus.

Kren konnte eine ähnliche Beobachtung machen. Auch in seinem Falle war im Anschluß an Krysolgan eine fast diffuse Erkrankung der Mundschleimhaut an Erythematodes entstanden, während die Hautherde, wenn auch nicht geheilt, so doch gebessert worden sind.

Scherber: Unsere Versuche mit den Goldpräparaten (Krysolgan und Triphal) ergaben das sichere Heilvermögen dieser Präparate bei tuberkulösen Hautaffektionen. Sie stellen den ersten Schritt dar, die Tuberkulose durch eine allgemeine chemische Therapie zu behandeln. Beide Präparate können Reizwirkungen und Verschlimmerungen des Prozesses bedingen, wobei Triphal weniger reizend wirkt als Krysolgan, welch letzteres Präparat Scherber nicht mehr anwendet.

Ullmann pflichtet den Auffassungen Scherbers bei. Trotz mancher Versager und trotz toxischer Schädigungen mit der früheren zu großen Dosierung sind derartige schöne kosmetische Effekte vor der Goldtherapie nicht erreicht worden. Noch wichtiger erscheint Ullmann, daß durch den Effekt dieser Behandlung die Auffassung über die Ätiologie des Lupus erythematosus chronicus eine Änderung erfahren muß. Früher wurde dieser allgemein als örtliches Hautleiden, etwa wie ein Lupus vulgaris, aufgefaßt. Heute muß der Lupus erythematosus als ein äußeres Symptom eines inneren, wenn auch noch so geringfügigen Herdes gelten. Hierfür sprechen die Erfolge der indirekten Goldbehandlung, aber auch die Provokationen. So lernen wir auch ex juvantibus die Natur des Lupus erythematosus kennen. Hierbei ist es von sekundärer Bedeutung, ob es sich um eine granuläre oder eine allergische, veränderte oder sonst modifizierte Tuberkulose handelt.

Urbach: **Koinzidenz von Haarausfall mit ovariellen Störungen.** 1. Fall: 29jähr. Mädchen. Vor ca. 10 Jahren akutes Auftreten von Haarausfall, der innerhalb 6 Wochen zur völligen Kahlheit des behaarten Schädels und in der Folge aller anderen behaarten Körperpartien führte. Gleichzeitig damit wird die Menstruation sehr schwach und nur 2—3 Tage andauernd. — 2. Fall: 18jähr. Mädchen. Im April d. J. Alopecia areata, die in einigen Wochen zur vollkommenen Alopezie des Kapillitiums und später zu starkem Ausfall der Krines führt. Achselhaare intakt. Innersekretorische Störungen nicht nachweisbar. Grundumsatz normal. Röntgenbestrahlung der Hypophyse (nach Schönhof) ohne Erfolg. — 3. Fall: 35jähr. Frau. Vor ebenfalls 10 Jahren starker Ausfall des Kopfhaares, der eine unvollständige Glatzenbildung zur Folge hat. Zu gleicher Zeit wird die Menstruation sehr schwach, länger andauernd, mit oft großen Intervallen. Körpergewichtszunahme.

Ullmann erinnert an einen von ihm 1903 vorgestellten Fall einer jungen Frau mit fast totaler Alopezie, die wegen maximaler Pupillenerweiterung als sympathikotonische Erscheinung im Zusammenhang mit Schilddrüsenausfall ohne Erfolg mit Schilddrüsenpräparaten behandelt worden ist. Ullmanns Auffassung, daß eine Gravidität durch einen haarkräftigen Mann eine Umstimmung und Haarwachstum zur Folge haben könnte, wurde dadurch bestätigt, daß die verheiratete Frau nach dem ersten Kind allmählich wieder Haare ansetzte. Solchen schweren Fällen von Alopezie liegen ganz gewiß endokrine Störungen irgend welcher Art, wahrscheinlich pluriglandulärer Ausfall zugrunde.

Scherber: **Tuberkulid?** 32jähr. Mann. Seit 4 Wochen ein jetzt kreuzergroßer, braunroter, derber, flachkuppenförmig sich erhebender Tumor. Histologisch: Granulationsgewebe, bestehend vorwiegend aus lymphozytären Elementen, stellenweise reichlich Eosinophilen und eigentümlichen großen Zellen. WR, MR negativ. Normaler Blutbefund.

Stein: **Nach Plasmochinbehandlung abgeheilter Pemphigus.** 58jähr. Mann, seit August Pemphigus der Mundschleimhaut, des Stammes und Genitale.

Geiger: **Sycosis simplex.** 2 Fälle. Auf Staphylokokken-Autovakzine (pyogenes aureus) weitgehende Besserung.

Lipp: **Elephantiasis penis et scroti.** 46jähr. Pat. Wahrscheinliche Ursache Entfernung der Drüsen in inguine.

Fuhs: 1. **Innersekretorische Form von Alopecia areata mit Nageldystrophien.** 23jähr. Frau. Interner, Nerven- und gynäkologischer Befund o. B. Seit dem 13. Lebens-

Digitized by Google

jahre mit dem Beginn der ersten im übrigen regelmäßigen, doch abnorm starken Menstruationen fleckförmiger Haarausfall. Derzeit das Kapillitium durch Konfluenz zahlreicher kahler Stellen nur schütter mit Haaren besetzt, dieselben größtenteils leicht ausziehbar, zum Teil abgebrochen. Die ausgezogenen Haare zeigen den Typus des Kolbenhaares. Fehlen der Superzilien sowie stellenweise der Zilien. Die Nägel von Fingern und Zehen weisen neben Längsfurchen punktförmige Absorptionen auf, nur der rechte Ringfinger zeigt ein der Onychia semilunaris ähnliches Bild. Das Serum der Pat. baut nach modifizierter Abderhaldenscher Methode in vermehrtem Maße Thyreoidea und Thymus ab. Der Grundumsatz ist etwas unterhalb der Norm. Somit wäre eine endokrine Störung als Ursache anzunehmen.

2. **Pityriasis lichenoides.** 15jähr. Mädchen mit typischem Exanthem, besonders an Seitenpartien des Stammes und Beugeseiten der oberen Extremitäten.

Arzt: **Leukämische Lymphadenosen.**

1. **Cutis tabescentium bei leukämischer Lymphadenose.** 45jähr. Mann, universelle Drüsenschwellung. Leukozytose, 95% Lymphozyten. Hautveränderungen: anämische, aschfahle Haut, vielfach kleinlamellös schuppend, von auffallender Trockenheit. Histologisch (exzidierte Lymphdrüse): Leukämische Lymphadenose.

2. **Urtikarielle Hautveränderungen bei Lymphadenose.** 62jähr. Pat., universelle Drüsenschwellung. Leukozytose geringeren Grades mit überwiegend lymphozytären Elementen. Hautveränderungen: Unter Jucken Auftreten von urtikariellen Effloreszenzen, die meist wieder schwinden. Vereinzelte Kratzeffekte, spärliche Pigmentationen. Histologisch (exzidierte Lymphdrüse): Gleichmäßiger Aufbau der Drüse aus lymphozytären Elementen und Durchbruch der bindegewebigen Kapsel.

3. **Kleinpapulöses Exanthem bei leukämischer Lymphadenose.** 70jähr. Frau, mächtige Leukozytose, fast nur lymphatische Elemente. Sektionsbefund: Leukämische Lymphadenose. Hautveränderungen: Disseminiertes, kleinpapulöses Exanthem am Stamm und besonders an den Extremitäten, von braunroter Farbe, stellenweise zu Herden zusammenfließend. Histologisch: Im Papillarkörper herdförmige Infiltrate von Lymphozyten; Gefäße mit den gleichen Zellen erfüllt. In der Leber die Kapillaren von lymphozytären Elementen vollgepfropft, „Kapillarausgüsse".

4. **Erythrodermia leucaemica.** 57jähr. Pat., mächtige universelle Drüsenschwellung. Leukozyten über 50000, Überwiegen der Lymphozyten. Hautveränderungen: Der ganze Körper bei seiner Einlieferung vor ca. 14 Tagen nässend, nur stellenweise schuppend, vielfach aber mit Krusten und Borken bedeckt. Die Haut verdickt, die Haare fehlen. Histologisch: Mächtiges, fast ausschließlich lymphozytäres Infiltrat in den oberflächlichen Kutisschichten. Die Epidermis nur auf wenige Zellenlagen vermindert. In den Drüsen die Keimzentren zerstört, auch die Kapsel vielfach von zelligen Elementen durchsetzt, dabei aber nicht ausschließlich Lymphozyten, sondern auch Plasmazellen und große Zellelemente nachzuweisen, so daß sich also aus den Lymphdrüsen nicht die absolut einwandfreie Diagnose Lymphadenose stellen ließ.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Annales des Maladies Vénériennes

1926, Jahrg. 51, Nr. 11

A propos de quelques cas de réinfection syphilitique (Einige Fälle von syphilitischer Reinfektion), von L. Pais, Derm. Univ.-Klin. Cagliari. S. 821. So selten auch die Erscheinung der Reinfektion ist, ihr Vorkommen steht außer Zweifel. Verf. hat vier sichere Fälle beobachtet. Ihnen ist gemeinsam eine zuverlässig beobachtete erstmalige Infektion, darauffolgende neue Infektion nach mehrjähriger klinischer und serologischer Pause; der neue Primäraffekt war mit Leistendrüsenschwellung verbunden und saß an anderer Stelle als der bei der ersten Ansteckung.

Digitized by Google

Sämtliche Fälle hatten Sekundärerscheinungen. Der lange negativ gewesene Wassermann, der auch nach Erscheinen des zweiten Primäraffekts noch negativ war, wird im Verlauf der Behandlung positiv.

Syphilis exotique. A propos d'un cas de tabès chez un indigène algérien (Exotische Syphilis. Über einen Tabes-Fall bei einem algerischen Eingeborenen), von J. Montpellier. S. 836. An Hand einer Beobachtung von Tabes betont Verf. das heute viel häufigere Vorkommen der Neurolues als früher. Während früher die luetischen Nervenfälle in Algerien eine Seltenheit waren, hat ihre Zahl in den letzten Jahrzehnten wesentlich zugenommen, und — was wichtiger ist — ganz besonders in den letzten Jahren. Vielleicht handelt es sich dabei um eine Angleichung des algerischen Erregers an den europäischen, sei es durch die immer mehr zunehmende Vermischung der Bevölkerung, sei es aber vielleicht auch durch die Art der Behandlung.

Le zinc-sulfarsénol, son effet trypanocide et spirillicide (Die trypanozide und spirillizide Wirkung des Zink-Sulfarsenols), von Lehnhoff-Wyld. S. 847. Tierexperimentelle Untersuchungen ergaben, daß die bekannte antiseptische Wirkung des Sulfarsenols erhöht wird, wenn noch eine Metallkomponente hinzutritt, insbesondere das Zink (Katalysatorwirkung?).

Attention aux hydroxydes de bismuth! Grand abcès tardif dû au muthanol (Vorsicht bei den Hydroxydverbindungen des Wismuts! Großer Spätabszeß im Anschluß an Muthanol), von Lévy-Bing u. Barthélemy. S. 856. Während bislang Abszesse nach Muthanolinjektion nicht zur Beobachtung gekommen sind, beschreiben Verff. jetzt einen typischen Wismut-Spätabszeß nach Muthanol. Es ist möglich, daß dieser zurückzuführen ist auf eine chemische Veränderung des Präparats, wie sie bei den letztgelieferten Ampullen wiederholt beobachtet worden war: Das Pulver war viel weniger fein und schwerer, die Lösung nicht so gleichmäßig, infolgedessen die Verträglichkeit weniger gut, die Einspritzung schmerzhafter und die Reaktionen stärker, häufiger mit Schüttelfrösten einhergehend. F. Landauer-Berlin.

Journal d'Urologie

1926, Bd. 22, Nr. 3

La réaction de fixation du complément dans la blennorragie chez l'homme, sa nature et sa technique (Die Komplementbindungsreaktion bei der Blennorrhoe des Mannes, ihre Natur und Technik), von S. Iaskolko, Vener. Inst. Moskau. S. 177. Dringend erforderlich ist eine sorgfältige Herstellung des Antigens, das am besten mit Antiformin aus 6—10 Stämmen von Gonokokkenkulturen hergestellt sein muß. Das Antiformin seinerseits muß 0,3% Chlor enthalten. Die Stärke des Ausfalles hängt vom klinischen Verlauf der Gonorrhoe ab. Bei akuten Komplikationen finden sich die meisten stark positiven Resultate. Deshalb erscheint dem Verf. die Reaktion zur Beurteilung jener unentbehrlich. Genaue Angaben über die Technik der Herstellung der notwendigen Ingredienzien und die Anstellung der Reaktion.

La réaction de Bordet-Gengou et l'immunothérapie dans la blennorragie (Die Bordet-Gengou-Reaktion und die Immunotherapie bei der Blennorrhoe), von P. Timofécff, Vener. Inst. Moskau. S. 189. Die Arbeit enthält eine Darstellung und Auswertung des klinischen Materials, das die Grundlage der vorstehenden Publikation von Iaskolko bildet.

Relations du rein droit et de l'appendice au point de vue pathologique (Beziehungen zwischen rechter Niere und Appendix in pathologischer Hinsicht), von M. Laquière-Paris. S. 212.

Traitement de la blennorragie chronique par la diathermie. Électrodes, distribution électrique et contrôle thermique spéciaux (Behandlung der chronischen Blennorrhoe mittels Diathermie. Spezielle Elektroden, elektrische Verteilung und thermische Kontrolle), von M. Mackintosh-Buenos Aires. S. 233. Genaue Beschreibung unter Beifügung von 5 Zeichnungen der von dem Verf. schon früher angegebenen Apparaturen für die Anwendung zur Diathermisierung bei der chronischen Blennorrhoe. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Exstrophie de la vessie abouchement des uretères dans la partie supérieure du rectum résultat vingtquatre ans après l'opération (Exstrophie der Blase, Ein-

Digitized by Google

pflanzung der Ureteren in den oberen Teil des Rektums, Resultat 24 Jahre nach der Operation), von E. Estor-Montpellier. S. 242. Der betreffende Patient ist jetzt 58 Jahre alt. Die Blase war vor 25 Jahren reseziert worden, die Ureteren in den oberen Teil des Rektums eingepflanzt. Zur Zeit reizlose Narbe, Urin wird meist mit dem Stuhl entleert, kommt er allein, so zeigt sich, daß er klar ist. Epispadie, Skrotum atrophisch, Hoden und sekundäre Geschlechtscharaktere normal. Wohlbefinden, Arbeitsfähigkeit.

Sarcome de la prostate chez un bébé de neuf mois (Sarkom der Prostata bei einem 9 Monate alten Kinde), von M. Laquière u. R. Bouchard-Paris. S. 244. Knabe mit Harnerscheinungen, wie man sie bei Prostatikern zu sehen gewohnt ist. Retentio urinae, Blase enorm dilatiert, Entleerung großer Mengen Urins bei Katheterung, rektal Prostata sehr groß, Röntgenaufnahme o. B., Zystoskopie: Balkenblase, große Prostata. Man denkt an einen Prostataabszeß. Operation vom Damm aus: beim Einschneiden in die Prostata kein Eiter, Aussehen wie ein Sarkom. Diese Diagnose wurde einige Tage später, als das Kind gestorben war, durch die Biopsie bestätigt.

1926, Bd. 22, Nr. 4

Le diaphragme intervésico-prostatique après la prostatectomie (Das Diaphragma intervesico-prostaticum nach der Prostatektomie), von G. Marion. S. 257.

Explosion dans la vessie au cours d'une électrocoagulation (Explosion in der Blase während einer Elektrokoagulation), von A. Cassuto, Chir. Univ.-Kl. Rom. S. 263.

Sur les néoformations inflammatoires de l'urètre postérieur au cours de la blennorragie chronique (Über die entzündlichen Neubildungen der Urethra posterior im Verlaufe der chronischen Blennorrhoe), von Th. Verriotis u. A. Defrise, Urol. Inst. Mailand. S. 273. Im Verlaufe chronischer Blennorrhoen kommt es in der hinteren Harnröhre bisweilen zu Wucherungen papilliformen oder polypoiden Charakters, die teils breit aufsitzen, teils gestielt sein können. Sie sind die Folge entzündlicher erythematöser oder ödematöser Vorgänge an der Schleimhaut und oft abhängig von Erkrankungen der Urethraldrüsen oder Samenblasen. Unbestimmte Harn- oder psychosexuelle Symptome sind oft die einzigen Zeichen derartiger Neubildungen. Die Diagnose kann nur endoskopisch gestellt werden. Die Therapie besteht unter Berücksichtigung der Adnexerkrankungen, von denen die Wucherungen ausgehen können, am besten in deren elektrokaustischen Zerstörung.

Un cas d'hématurie abondante de pyélonéphrite arrêtée par le cathétérisme urétéral (Ein Fall heftiger Hämaturie bei Pyelonephritis, durch Ureterenkatheterisierung zum Stehen gebracht), von O. Mercier und J. Pérard. S. 304.

Sur la cure radicale du phimosis (procédé à deux lambeaux, procédé à quatre lambeaux) (Über die radikale Behandlung der Phimose [Vorgehen mit zwei oder vier Lappen]), von P. M. Vintilia-Bukarest. S. 306. Nach zirkulärer Anästhesie Fassen der Vorhaut mit Klemmen, Anlegung von 2 oder 4 Scherenschnitten parallel der Penisachse, Abtrennung der so gebildeten 2 bzw. 4 Lappen, Abtragung dieser Lappen, am besten mit Exzision des Frenulums, Naht.

E. Sklarz-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review

November 1926, Bd. 30, Nr. 11

Venereal Prophylaxis (Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten), von W. Scott Pugh-New York. S. 641.

Hydronephrosis with Gastro-enterological Symptomes (Hydronephrose mit Störungen am Magen-Darmkanal), von A. Samuels u. H. Kern-Baltimore, Maryland. S. 644.

Ureteral Stricture and Apparent Ureteral Stricture: A Question of Diagnosis (Harnleiterstriktur und scheinbare Harnleiterstriktur: Eine Frage der Diagnose), von G. L. Moench-New York. S. 649.

Focal Infection and Diabetes Mellitus. Report of Case Showing Marked Improvement Following Prostatectomy (Herdinfektion und Diabetes mellitus. Bericht über einen Fall von wesentlicher Besserung nach Prostatektomie), von D. Cohen u. A. E. Cohen-Louisville, Kentucky. S. 650.

Digitized by Google

Brief Accounts of Urologic Problems (Kurzer Bericht über urologische Probleme), von Th. M. Dorsey-Louisville, Kentucky. S. 651.

A Case of Pulmonary Tuberculosis with Tubercle Bacilli in Urine without Demonstrable Tuberculous Lesion of Urinary Tract (Ein Fall von Lungentuberkulose mit Tuberkelbazillen im Harn ohne nachweisbare tuberkulöse Läsionen im Harntrakt), von I. H. Noyes-Providence. S. 655.

On the Treatment of Syphilis by Bismuth (Über die Behandlung von Syphilis mit Bismut), von Aug. Ravogli-Cincinnati, Ohio. S. 656. Überblick über Indikationen und Nebenwirkungen.

Oral Syphilis (Syphilis des Mundes), von J. G. Clem-Louisville, Kentucky. S. 660. Die Diagnose einer am Munde lokalisierten Syphilisinfektion muß möglichst frühzeitig gestellt werden, weil auf sie häufiger Neurosyphilis folgt als auf genitale Infektion. Bei Versagen der Spirochätenuntersuchung und noch negativer WR mit der Behandlung abzuwarten, ist mit Rücksicht auf die Möglichkeit des Übergreifens der Krankheit auf das Nervensystem bedenklich und sollte daher bei sicherer klinischer Diagnose vermieden werden. Bei Negern sind Schanker der Lippen sehr selten.

Syphilitic Reinfection (Syphilis-Reinfektion), von Ch. C. Mapes-Louisville, Kentucky. S. 661. Wenn Syphilis wirklich unheilbar wäre, hätte schon lange eine durchgehende Syphilisation des Menschengeschlechts oder ein Zugrundegehen dieses stattgefunden haben müssen. Während des Primär- und Sekundärstadiums und wahrscheinlich noch während einer Reihe von Jahren danach besteht Immunität, doch kann, wenn eine — an und für sich seltene — Selbstheilung oder eine Sterilisation durch die Behandlung eingetreten ist, Neuansteckung erfolgen. Diese Reinfektionen sind unter den modernen Behandlungsmethoden häufiger geworden. Unter der Voraussetzung, daß, solange keine völlige Heilung eingetreten ist, Immunität besteht, ist Superinfektion eine absolute Unmöglichkeit. Auch die Autoinokulation erscheint fraglich. Bericht über mehrere Fälle von Reinfektion.

Some Observations on Pyelitis of Pregnancy (Einige Beobachtungen über Pyelitis in der Schwangerschaft), von Ch. H. Lewis-Santa Monica, Kal. S. 665.

E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen

Werk und Wirkung, von H. Much. (H. 11. 227 S. Preis geb. RM. 8,10, brosch. R.M. 7,20. Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1926.) Ein sehr originelles Buch, das von der herrschenden Schulmedizin völlig abweichende Ansichten teilweise in recht polemischer Schreibweise wiedergibt. Verf. hat seine auf eigenen langjährigen Forschungen beruhenden Theorien in einer Reihe von (9) Vorträgen niedergelegt. Kunst oder Wissenschaft? — Es gibt keine medizinische Wissenschaft, wohl aber eine medizinische Wissenschaftlichkeit; die eigentliche Medizin ist nicht lehrbar. Technik, Wissen, höchstenfalls Wissenschaftlichkeitsversuche, das ist alles, was möglich ist. Die Medizin ist in ihrem Höchsten Kunst. Tuberkuloseimmunität: Alle Meerschweinchenforschung ist für die Erkenntnis der Tuberkuloseimmunität vollkommen unnütz; nur der Kliniker und der experimentelle Biologe, der den Menschen, nicht das Meerschweinchen zum Maß des Menschen macht, können über Tuberkuloseimmunität beim Menschen sprechen. Erkältung: Nur vom Erkältungsproblem aus ist den Seuchen beizukommen. Die Seuche beruht auf dreierlei: Konstitution, Witterung (endemische Ursache) und Erreger. Um der Seuchenfrage zu Leibe zu gehen, so haben wir nicht Bazillen zu züchten, sondern die Konstitutionsveränderung zu erforschen, und M. hat die begründete Hoffnung, daß dies durch die Lipoide gelingen wird. Plus- und Minuskrankheit: Erstere ist nicht nur die Folge jedes belebten, sondern auch jedes mechanischen Reizes (Verletzung) und mit gesteigerter Leistung, Minuskrankheit mit verminderter Leistung verbunden; zu letzterer gehören bösartige Geschwülste, Geisteskrankheiten, Diathesen, Arteriosklerose usw. „Die Pluskrankheiten heilen in den meisten Fällen auch ohne uns, bei den Minuskrankheiten herrscht ein erschreckendes Minus in der Therapie." Anhangsweise ist ein Kapitel, Antikörper gegen lipoide Antigene, von S. Bergel, beigefügt.

M. Stern-München.

Digitized by Google

La syphilis nerveuse (Die Syphilis des Nervensystems), von A. Sézary. (Verlag Masson & Cie., Paris 1926.) Das Buch ist für den Praktiker geschrieben. Im wesentlichen besteht eine Übereinstimmung in den Anschauungen der französischen und der deutschen Schulen. Große Zurückhaltung gegenüber der bei uns geübten Fieberbehandlung mit Malaria usw. der Metalues. Dafür wird von S. die Stovarsolbehandlung der progressiven Paralyse propagiert, obwohl seine Resultate erheblich hinter den hiesigen statistischen Ergebnissen zurückstehen und auch Schädigungen des Sehorgans durch die Behandlung auftreten können. Für die Tabes gibt er keinen allgemeingültigen Behandlungsplan an, verweist auf individuelle Behandlungsweise mit den verschiedensten Antisyphilitika. Endolumbale Behandlung lehnt Verf. ab. Ausgiebig werden die Anwendungsweisen der verschiedenen Antisyphilitika bei Nervensyphilis besprochen. Arsenpräparate mit dreiwertigem Arsen werden den ersten Stadien der Syphilis vorbehalten; derartige Mittel sind in Deutschland wenig gebräuchlich. Die Gruppe fünfwertiger Arsenpräparate wird besonders für die Behandlung der Nervensyphilis, vor allem der progressiven Paralyse, empfohlen (u. a. Stovarsol). In Versuchen über die spirochätizide Wirkung der verschiedensten in Frankreich und Deutschland benutzten fünfwertigen Arsenpräparate erwies sich das Salvarsan als das stärkste. Bei Versuchen mit Wismut wird ausdrücklich festgestellt, daß dies Mittel nicht in den Liquor cerebrospinalis übergeht. Sehr empfohlen wird Kombinationstherapie von Wismut und fünfwertigen Arsenpräparaten für alle Stadien der Syphilis. Das Bestehen einer Meningitis im Sekundärstadium, ohne klinisch manifest sein zu müssen, wird bei etwa der Hälfte der Syphilitiker angenommen. Die Natur der latenten Meningitis des Syphilitikers wird als noch nicht geklärt bezeichnet. Die den metaluischen Prozeß gewöhnlich begleitende Meningitis stamme von dem entzündlichen Prozeß des nervösen Parenchyms her. S. übersieht die von Jahnel in der Gehirnhaut der Paralytiker festgestellten Spirochätenbefunde. Das Vorhandensein eines neurotropen Virus lehnt Verf. in sehr ausführlicher Kritik als unbegründet ab. Das Vorkommen konjugaler Nervensyphilis erklärt sich bei einer relativ geringen Zahl entsprechender Beobachtungen durch zufälliges Zusammentreffen. Die Seltenheit nervöser Syphilis bei Unzivilisierten erklärt sich durch die relativ junge Infektion in dem betreffenden Lande, das Fehlen stärkerer Therapie und die ungehinderte Entwicklung der Hauterscheinungen. Für die Pathogenese der Paralyse und Tabes wird eine ungenügende Immunität des Zentralnervensystems angenommen, in das sich die durch die Abwehr im übrigen Körper verdrängten Spirochäten zurückgezogen haben. Eingehende Besprechung der Pathologie und Klinik der syphilitischen Meningitis, Arteriitis der Gehirngefäße und der biologischen Reaktion im Blute und Liquor bei behandelten und nichtbehandelten Metaluikern. Das Kapitel über die Prophylaxe der nervösen Syphilis ist vorsichtig und kritisch bearbeitet. „Das Schicksal des Syphilitikers ist in der Sekundärperiode entschieden." Die eventuellen Folgen lassen sich durch rechtzeitige Lumbalpunktionen und nach deren Ergebnis eingerichtete Behandlungen in den meisten Fällen voraussehen und verhindern. W. Kirschbaum-Hamburg.

Urologie und ihre Grenzgebiete, von Blum, Glingar und Hryntschak-Wien. (Verlag J. Springer, Wien 1926.) Es ist noch nicht allzulange her, daß die Urologie allgemein ihre Anerkennung als eine selbständige Disziplin gefunden hat. Vor allem ist dies den Altmeistern der Wiener Schule zu danken, wie Ultzmann, Zuckerkandl, von Dittel und den übrigen. Die Verff., als die berufenen Nachfolger, haben das, was sie von ihren Lehrern übernommen und was sie aus ihrer eigenen Erfahrung weiter ausgebaut haben, in Form eines Lehrbuches dem allgemeinen Praktiker zugänglich gemacht. Es handelt sich aus diesem Gedanken heraus weniger um ein die gesamte Literatur berücksichtigendes Werk, sondern um ein praktisches Lehrbuch, das klar und anschaulich geschrieben nur das bringt, was sich bewährt hat und der praktischen Erfahrung standhält. Dabei ist der eigene Standpunkt der Verff. überall deutlich herausgehoben. Ein ausführlicher allgemeiner Teil beschäftigt sich mit urologischen Untersuchungsmethoden, Funktionsprüfung, Harnuntersuchung, Asepsis und Antisepsis. Die Therapie wird, soweit sie den Nichturologen beschäftigt, d. h. unter Fortlassung eingehender Operationsbeschreibungen, vollständig und ausführlich gebracht. Die Störungen der Funktionen des Geschlechtsapparates und die Beziehungen zwischen der Urologie und ihren Grenzgebieten, der inneren Medizin, der Kinderheilkunde, der Chirurgie und der Röntgenologie sind berücksichtigt. Das Buch entspringt einem unbedingten Bedürfnis, das die Verff. in sehr glücklicher

Digitized by Google

Weise erfüllt haben. Ein Wunsch sei nur angefügt: Es würde den Wert einzelner Bilder, besonders der endoskopischen, unzweifelhaft erhöhen, wenn sie bunt ausgeführt wären. Hoffentlich läßt sich dies in einer neuen Auflage nachholen.

E. Langer-Berlin.

Nebenhoden und Spermienbewegung, von E. Redenz-Würzburg. (Würzburger Abhandlg. aus d. Gesamtgebiet d. Med., Bd. 4, H. 5. Preis M. 2,25. Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1926.) Gestützt auf ein reiches Tatsachenmaterial, gibt die Monographie eine zusammenfassende Darstellung dessen, was bezüglich Nebenhoden und Spermienbewegung von wesentlicher Bedeutung ist. Eigene Untersuchungen bilden das Rückgrat der gediegenen Abhandlung, deren Anschaffung jedem Arzte — sei er praktisch oder theoretisch tätig — warm zu empfehlen ist.

E. Sklarz-Berlin.

La roentgenthérapie des épithéliomas cutanés et cutanéo-muqueux par la méthode du Dr. J. Coste, von G. Girel. (Verlag Masson & Cie., Paris 1926.) Auf 300 Seiten an Hand von 16 sehr guten Reproduktionen setzt sich Verf. mit der bisher beim Hautkarzinom und auch bei den Tumoren der Tiefe allgemein gebräuchlichen Röntgenstrahlenbehandlung kritisch auseinander. Der Methode: kurzwelligste Strahlung, starke Filtration, mehrfache Sitzungen in relativ kurzer Zeit, stellt er die Behandlungsweise der Lyoner Schule unter Coste entgegen: Strahlung mittlerer Wellenlänge, keine Filtration, hohe Dosis, aber in einer einzigen Sitzung verabfolgt. Diese Methode ist begründet durch die Tatsache, daß die Wirkung der Röntgenstrahlen, gleichgültig welcher Wellenlänge, von der Menge und nicht von der Qualität der Strahlung abhängt; weiter daß eine starke Dosis (20—25 H) mittelwelliger Strahlung auf einer gesunden, in günstiger Lage befindlichen, gut genährten Haut lediglich eine Radio-Epidermitis, nicht aber die gefürchtete Radio-Dermatitis hervorbringt; ferner daß die Tiefenwirkung dieser mittelwelligen Strahlung hinreicht, die tiefsten Lagen eines 5—6 cm dicken Neoplasmas zu erreichen und unfruchtbar zu machen. Praktisch werden diese Strahlen bei einer Funkenstrecke von 16—20 cm erzeugt. Mit dieser Methode ließen sich bei den Hautepitheliomen (spino-, basozellulären oder gemischten) 98% Erfolge erzielen. Die Radiumtherapie vermag auch bei den bereits anbestrahlten Neoplasmen keine besseren Resultate zu erreichen. Die spinozellulären Hautkarzinome, welche die Grundlage der therapeutischen Versuche bildeten, sind ebenso wie die Nävuskarzinome, wobei niemals der Bestrahlung Metastasierung folgte, lediglich eine Varietät, die nur wenig mehr strahlenresistent ist als die übrigen Hautkrebse. Der unbehandelte primäre Lippenkrebs vernarbte bis jetzt immer durch diese Technik. Auch die Genitalkrebse kamen zur Ausheilung, wenn sie sich auf die Schleimhaut beschränkten. Umfang und Wucherungsneigung sind keine Kontraindikationen für Bestrahlung, allein, man muß sie operieren, wenn eine vollständige Vernarbung in 6—8 Wochen nicht zu erreichen ist. Nach Freilegung tiefsitzender innerer Tumoren ist die Methode von Coste aussichtsreich.

E. Kottmaier-Mainz.

Die tierischen Parasiten des Menschen. Die von ihnen hervorgerufenen Erkrankungen und ihre Heilung. I. Teil: Naturgeschichte der tierischen Parasiten des Menschen, von M. Braun. (6. Aufl., 488 S. Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1925.) Die 6. Auflage des bekannten Parasitenwerkes bringt außer 38 neuen Abbildungen eine Fülle neuer Literatur. Einzelne Abschnitte, wie beispielsweise über die Entwicklung von Askaris, sind umgearbeitet und dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse angepaßt. Die zoologischen Namen der Parasiten sind absichtlich nicht geändert und stimmen daher nicht mit den in den modernen englischen und amerikanischen Lehrbüchern angewandten überein. Mag dieser Umstand einen gewissen Nachteil für den Theoretiker bedeuten, so wird der Praktiker dem Verf. dafür Dank wissen, daß er ihm eine große Verwirrung erspart hat. Das Buch kann den Anspruch machen, in sehr vollständiger Weise mit reichlichen Literaturnachweisen eine Gesamtdarstellung der tierischen Parasiten des Menschen zu geben.

II. Teil: Klinik und Therapie der tierischen Parasiten des Menschen, von O. Seifert. (3. Aufl., 538 S. Preis brosch. R.M. 27.—, geb. R.M. 29.40. Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1926.) Der Verf. hat über das Riesengebiet seines Stoffes eine umfassende Literatur zusammengetragen und auch Neuerscheinungen nach Möglichkeit berücksichtigt. Die große Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder bei den verschiedenen Infektionen läßt es begreiflich erscheinen, daß ein einzelner nicht alles gleichmäßig aus eigener Anschauung und Erfahrung beherrschen kann, und man wird es mit

Digitized by Google

in den Kauf nehmen, wenn einzelnes offenbar nur aus der Literatur zusammengestellt wurde, wobei dann das tatsächlich Wesentliche zuweilen sich vom weniger Bedeutsamen nicht genügend abhebt. Bei alledem bleibt das Buch ein gutes Nachschlagewerk für den Arzt, der sich unerwartet einer parasitischen Infektion gegenübersieht, mit deren Wesen und Behandlung er nicht wohlvertraut ist. Die den Dermatologen besonders angehenden Abschnitte betreffen außer den in den üblichen dermatologischen Lehrbüchern behandelten tierisch-parasitären Krankheiten: Orientbeule, Veränderungen durch Milben und Zecken, darunter auch die selteneren und die der warmen Klimate, Sandfloh, Fliegenlarven, Ameisen und Skorpione. Parasitologisch interessierte Ärzte, besonders auch solche, die ins Ausland gehen, werden das Werk mit Nutzen verwenden. R. Höppli-Hamburg.

Der heutige Stand der Lehre von den Geschwülsten, von Sternberg. (2. Aufl. Verlag J. Springer, Wien 1926.) Innerhalb kurzer Zeit ist die 2. Auflage des Buches erschienen, welches den neuesten Ergebnissen der Forschung angepaßt worden ist. Besonders in den Kapiteln Chemie der malignen Geschwülste, Ätiologie der Geschwülste und experimentelle Geschwulstforschung sind die jüngsten Befunde in ausgezeichneter kritischer Würdigung eingefügt worden. Eine weitere Bereicherung des Werkes ist in der angefügten Systematik der Geschwülste mit guten makroskopischen Abbildungen gegeben. Ein besonderer Wert liegt in der überaus klaren und anregenden Schreibweise, die von der überlegenen Beherrschung des Stoffes durch den Verf. zeugt. A. Blüth-Hamburg.

Juckende Hautleiden (Urtikaria, Prurigo, Skabies, Lichen ruber usw.), von S. Jessner-Königsberg i. Pr. (5. Aufl., 140 S. Preis R.M. 4,80. Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1926.) Das bekannte, in neuer Auflage erscheinende Buch Jessners nimmt vielfach Bezug auf die Lehre von der Allergie und die dieser Theorie entspringenden Ideen der Desensibilisierungstherapie, die gerade bei den juckenden Dermatosen von wesentlicher Bedeutung ist. Auch bei den Einzelheiten der Therapie sind neue Medikationen und Behandlungsweisen eingehend berücksichtigt. M. Cohn-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Contribution à l'étude étiologique de l'acanthome infectieux (végétations, condylomes acuminés, papillomes etc.) (Beitrag zum Studium der Ätiologie des infektiösen Akanthoms [Vegetationen, spitze Kondylome, Papillome usw.]), von M. Guerin. (Presse méd., 1926, Nr. 84, S. 1322.) Die spitzen Kondylome oder Vegetationen sind infektiöse gutartige Tumoren, deren Ursache nach den neuesten Untersuchungen von Serra ein filtrierbares Virus bildet, wie er es schon 1907 für die Warzen nachgewiesen hat. Die häufig gefundenen Spirochäten spielen bei der Bildung der Vegetationen nur eine begünstigende Rolle. Je nach dem Terrain entwickelt sich unter dem Einfluß desselben Virus bald eine Warze, bald eine Vegetation. Verf. schlägt daher vor, diese Gruppe von Proliferationen, zu denen auch noch die Papillome des Mundes und des Larynx gehören, unter dem Namen „infektiöses Akanthom" zusammenzufassen.
Th. Lilienstein-Hamburg.

Sulpharsphenamine in the Treatment of Warts (Salvarsan zur Behandlung von Warzen), von R. L. Sutton-Kansas City. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 14. S. 1127.) Auf Grund einer Beobachtung, wo plane Warzen wenige Tage nach einer Salvarsaninjektion verschwanden, hat Verf. in fünf weiteren Fällen das Mittel mit gutem Erfolg angewandt. Die durchschnittliche Dosis betrug 0,4 g und wurde, in minimaler Menge sterilen Wassers gelöst, intramuskulär injiziert. In jedem Falle war eine Injektion ausreichend. B. Peiser-Berlin.

Regressive Störungen und Atrophien

Nachtrag zu meiner Arbeit über die Recklinghausensche Krankheit, von H. W. Siemens. (Virch. Arch., 1926, Bd. 261, H. 3, S. 932.) Berichtigung der von Siemens irrtümlich ausgesprochenen Ansicht, daß die Häufigkeit der doppelt behafteten Paare bei den großen Naevi spili der Erwartung bei rein zufälliger Verteilung entspräche: bei einer solchen wären statt 21 positiv-konkordanter Paare nur 13 zu er-

Digitized by Google

warten. Das spricht für idiotypische Disposition, während das Verhältnis der konkordanten zu den diskordanten Paaren bei Ein- und Zweieiern dagegen spricht. Die Folgerung des Verf., daß sichere Anhaltspunkte für eine erbliche Veranlagung zur Bildung von Naevi spili noch nicht vorlägen, bleibt vorläufig bestehen, und wenn auch anzunehmen sei, daß sich dieser Nachweis früher oder später erbringen lassen werde, so spreche doch seine Schwierigkeit für die relativ geringe praktische Bedeutung dieser Idiodisposition. Auch die anscheinend unter der Erwartung stehende Zahl der konkordanten Paare bei den Zweieiern, die Siemens aufgefallen war, klärt sich durch die Korrektur auf. L. Leven-Elberfeld.

Über ein eigenartiges Krankheitsbild von diffuser Sklerosis der Haut und innerer Organe, von J. Heine, Path. Institut Rostock. (Virch. Arch., 1926, Bd. 262, H. 2, S. 351.) Bei einer 71jähr. Frau mit Aszites, Hautpigmentierungen und starkem Ödem werden $^1/_4$ Jahr vor dem Tode durch eine Novasurolbehandlung die Ödeme zum Schwinden gebracht. Die Sektion ergibt eine diffuse Sklerose der Haut, die hart und durchschnittlich $^1/_2$ cm dick ist, die Epidermis ist atrophisch. Fettgewebe ist nur spärlich vorhanden und durch Bindegewebe ersetzt. Auch im Pankreas ist das Drüsengewebe durch Bindegewebe ersetzt, so daß vielfach nur die Langerhansschen Inseln übrigbleiben; Nebenniere, Hypophyse und Schilddrüse sind lymphozytär infiltriert. Mit der Sklerodermie, die immer herdweise beginnt, und dem Sklerödem der Erwachsenen hat das Krankheitsbild nichts zu tun. Die Ätiologie ist unklar. F. Rosenthal-Berlin.

Maligne Neubildungen

The Lloyd Roberts Memorial Lecture on the Cancer Problem (Zur Krebsforschung), von W. E. Gye. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5385, S. 989.) Kurzer historischer Überblick über die bisherigen Implantationsversuche mit Karzinomgewebe. Seit langem bekannt ist die Gleichartigkeit von Tier- und Menschenkrebs sowie die der Zellen des Tochtertumors und der des implantierten Stückes, sowie die Spezifizität (transplantabel nur auf Tiere der gleichen Spezies) der Krebszelle. Nur lebende Zellen sind transplantationsfähig, nicht aber solche durch Hitze oder Antiseptika abgetötete, worauf sich die parasitäre Natur der Krebszelle als solche stützte. Dieser Anschauung entgegenzustehen scheint der Roussche Geflügeltumor, hervorgerufen durch ein Filtrat aus Zellen, wahrscheinlich einen filtrierbaren ultramikroskopischen Organismus. Die wirksame Substanz des Filtrates kann unwirksam gemacht werden durch Hitze von 55° C und durch Antiseptika. Das durch Hitze inaktivierte Extrakt des Rousschen Sarkoms kann reaktiviert werden durch Hinzufügung gewöhnlichen Extraktes eines Ratten- oder Mäusetumors, dagegen nicht das durch Antiseptika inaktivierte, woraus folgt, daß in dem Rousschen Tumorextrakt ein Mikroorganismus enthalten ist, der durch Antiseptika getötet werden kann, filtrierbar ist, das lebende Agens der Neubildungen.
Löwenstein-Bad Nauheim.

Immunisierungsversuche beim Mäusekrebs, von K. Nather, I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 48, S. 1384.) Der Verf. hat weißen Mäusen in 2tägigen bzw. 14tägigen Intervallen „unterschwellige" Dosen von Krebszellaufschwemmungen injiziert (unterschwellig d. i. eine Quantität von Geschwulstzellen, deren Injektion weder nach einmaliger noch nach mehrmaliger Anwendung zur Entstehung eines malignen Tumors führt). Bei nachträglicher Transplantation von Krebsmaterial über dem Schwellenwert ging regelmäßig ein Impftumor an, der sich in Wachstum und deletärer Wirkung auf das Versuchstier genau so wie bei nichtvorbehandelten Tieren verhielt, so daß also die Tatsache feststeht, daß beim experimentellen Mäusekrebs eine aktive Immunität durch eine Art prophylaktischer Schutzimpfung nicht erzeugt werden kann.
M. Cohn-Dresden.

Zur Milchsäuregärung des menschlichen Karzinoms, von R. Bauer und W. Nyiri, II. Med. Abt. Krkhs. Wieden, Wien. (Kl. W., 1926, Nr. 44, S. 2055.) In Bestätigung früherer Untersuchungen kommen die Verff. zu dem Resultat, daß in vielen Fällen bei exakt chemischer Bestimmung die Milchsäurewerte des Karzinoms nicht höher sind als die des normalen Gewebes. Nur in einem Karzinomfall wurden bedeutend erhöhte Werte gefunden. Ungeklärt ist es aber, weshalb im Gegensatz hierzu tierische Karzinome bei genügendem Zellreichtum regelmäßig eine hohe Glykolyse aufweisen.
E. Langer-Berlin.

Zum Problem der Krebsmetastasen, von K. Nather und H. Schnitzler, I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 47, S. 1358.) Aus den experimentellen Ver-

Digitized by Google

suchen der Verff., die Aufschwemmungen von Mäusetumoren in verschiedenen Verdünnungen und in verschiedenen Intervallen injizierten, scheint hervorzugehen, daß das Angehen einer künstlich übertragbaren Geschwulst von der Quantität des Transplantationsmaterials abhängig ist, gleichgültig, ob eine bestimmte Menge von Tumorzellen auf einmal oder in verteilter Dosis in kürzeren oder längeren Intervallen eingebracht wird. Bei der wahrscheinlichen Analogie der experimentell übertragenen Mäusekrebse mit den Krebsmetastasen beim Menschen ergibt sich für die Lehre von der Metastasenbildung, daß nicht gemäß der herrschenden Anschauung die Verschleppung einer Krebszelle entfernt vom Primärtumor zur Metastasenbildung ausreichend erscheint, sondern daß auch die Menge der Krebszellen bei der Metastasenbildung eine sehr wichtige Rolle spielt. Eine gewisse beschränkte Zellmenge kann durch die Abwehrkräfte des Organismus vernichtet werden. B. Peiser-Berlin.

Klinische und experimentelle Ergebnisse der Reiztumorenforschung, von K. Brandes, Derm. Abt. Allg. Krkhs. St. Georg, Hamburg. (Strahlenther., 1926, Bd. 23, H. 4, S. 715.) Sammelreferat. W. Curth-Berlin.

Malignant Tumours Following on Application of an Irritant (Maligne Tumoren infolge Reizung), von H. P. Pickerill-Neu-Seeland. (Lancet, 1926, Bd. 211. Nr. 5382, S. 854.) Bericht über drei klinische Fälle von Hautkarzinom, bei denen einwandfrei als Ursache eine einmalige Schädigung der betreffenden Hautstelle festgestellt wurde. In allen Fällen handelte es sich um eine vorangegangene Verbrennung, auf deren Boden es zur Entwicklung des Karzinoms kam. B. Peiser-Berlin.

Pathogenese der Bowenschen Krankheit, von J. Justus-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 5.) Bei einer 45jähr. Frau, bei der fast auf den ganzen Körper verteilte Papeln und braune Flecken von verschiedener Größe zu sehen sind, wurde die Entwicklung der einzelnen Veränderungen durch zwei Jahre beobachtet. Die histologische Untersuchung gab das typische Bild eines Bowen. Auch bei einer Schwester der Pat. sind kongenitale dyskeratotische Flecken zu finden. M. Porosz-Budapest.

Über ein Behandlungsverfahren inoperabler Karzinome, von J. Kordon, Chir. Univ.-Kl. Graz. (W. kl. W., 1926, Nr. 48, S. 1385.) Prinzip: Erzeugen von allerschwersten und wochenlang dauernden Entzündungen in ausgedehnten lokal-anaphylaktischen Nekrosen, also maximale Entzündungstherapie. Impfstoff: Lymphzellenreiche Organe von Kälbern, fein zerkleinert, dazugesetzt langsam steigende Äthermengen. Innerhalb 8 Tagen 16 Injektionen. Das am 8. oder 9. Tage auftretende schwere Gasödem ist das Zeichen einer eingetretenen „richtigen schweren anaphylaktischen Nekrose". Dieser außerordentlich schwere Krankheitszustand soll bei sorgfältiger Behandlung (im 2. Monat) zur Rückbildung kommen. Mit dieser heroischen Methode hat Verf. an der Grazer chirurgischen Klinik 3 Fälle von Karzinomen behandelt (1 jauchiger Tumor vor dem Jugulum, 2 Wangenkarzinome, 3 Unterlippenkarzinome). Im ersten Falle wurde eine Rückbildung und Besserung der schweren Kachexie erzielt, der aber nach kurzer Zeit ein Rezidiv folgte. Fall 3 ging an interkurrenter Glutäalgangrän zugrunde, während Fall 2 eine leichte Schrumpfung des Krebsgeschwürs zeigte. Verf. betont (ebenso wie auch in einem Nachwort Prof. Haberer), daß die angeführte Behandlung keine ätiologische Therapie sein solle und daß es sich nur um einen therapeutischen Versuch im allerletzten Stadium handle. M. Cohn-Dresden.

Zur Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste in Kombination mit Blutserum- und Traubenzuckerinjektion, von J. Wetterer-Mannheim. (W. m. W., 1926. Nr. 45, S. 1343.) Zwei Krankengeschichten. Ausgezeichneter Erfolg bei der Kombination der Röntgenbestrahlung mit der Darreichung von artgleichem Serum und Traubenzuckerinjektionen bei inoperablen Tumoren. Ohne daraus irgend welche sicheren Schlüsse ziehen zu wollen, hält der Verf. die Beobachtung doch für außerordentlich wichtig. E. Langer-Berlin.

Über die Ätiologie der Mycosis fungoides, von St. R. Brünauer-Wien. (D. m. W., 1926, Nr. 48, S. 2030.) Bericht über einen typischen Fall von Mycosis fungoides mit Beteiligung der Innenorgane. Diese zeigten histologisch weitgehende Übereinstimmungen mit den Veränderungen (Knoten) an der Haut. Durch Taschenimpfung der Bauchhaut mit dem Gewebe der mykotisch veränderten Innenorgane gelang es, beim Meerschweinchen, und zwar nur durch Übertragung von Milzgewebe, Knoten in der Leber, Milz und Innenfläche des Sternums zu erzeugen, die histologisch das gleiche Bild wie die Veränderungen an der Haut und den Innenorganen des genannten Falles zeigten. Demnach scheint es sich beim Granuloma fungoides um einen infektiösen Granulationsprozeß zu handeln. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Über die Spontanheilung des Karzinoms, von O. Strauß-Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 43, S. 1805.) Die Antworten, die Verf. auf eine Umfrage hin erhielt, ergaben, daß eine Spontanheilung des Karzinoms nicht vorkommt. Wohl gibt es Verlaufseigentümlichkeiten, die eine Heilung vortäuschen. Ein endgültiger Beweis für Spontanheilung konnte bisher von keinem Autor geliefert werden, wenn auch unter Hunderttausenden von Krebsfällen 52 Fälle gemeldet wurden, die mit der Spontanheilung in irgend einen Zusammenhang gebracht werden können. Es handelte sich in diesen Fällen meist um partielle Rückbildungen. Beim Sarkom dagegen gibt es Spontanheilungen.

F. Harry-Wiesbaden.

Mund und Nase

Chlorsaures Kali in Pastenform zur Pflege und Behandlung der Mundschleimhaut, von R. Polland-Graz. (W. m. W., 1926, Nr. 49, S. 1469.) Bei allen entzündlichen Prozessen der Mund- und Nasenschleimhaut, insbesondere bei den Stomatitiden nach Hg und Bi, empfiehlt sich die Behandlung mit chlorsaurem Kali, da dieses durch seinen hohen Sauerstoffgehalt und seine rasche Resorbierbarkeit zu einer kräftigen Beeinflussung des Krankheitsprozesses führt. Daneben kommt aber nach den Unnaschen Untersuchungen auch die starke sekretionsfördernde Eigenschaft in Betracht. Am empfehlenswertesten und gänzlich ungefährlich — auch im Kindesalter — ist für die Mundpflege die Benutzung von 10%igen Pasten.

E. Langer-Berlin.

Lymphosarcoma tonsillae, von Fr. Angyal-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 7.) Eine Erosion mit Belag und kleinen nußgroßen Tumoren an der linken Tonsille bei einem 50jähr. Tuberkulösen. Diagnose durch Probeexzision ergab Sarkom.

M. Porosz-Budapest.

Dermatomykosen

Über Pilzerkrankungen der Haut, von L. Kumer, Kl. f. Derm. u. Syph. Wien. (W. m. W., 1926, Nr. 44, S. 1298.) Übersichtsreferat; für den Dermatologen nichts Neues.

E. Langer-Berlin.

Über Trichophitiden, Mikrosporiden und Faviden, von St. Ballagi-Budapest. (Orv. Hetilap, 1926, Nr. 44.) Auf der Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Budapest waren in den letzten $4^1/_2$ Jahren 1350 Fälle von Pilzkranken in Behandlung. Die Züchtung aus dem Blute gelang nur in den ersten 24 Stunden des Exanthems. Aus den 4 Mikrosporiefällen konnte weder aus dem Blute noch von dem Exanthem ein Pilz gezüchtet werden. In den 6 Favusfällen war die Züchtung nur vom Rande des Exanthems gelungen. Die Faviden hält Verf. für nur ektogenen Ursprungs.

M. Porosz-Budapest.

Sur la spécificité de l'intradermo-réaction à la trichophytine; ses relations avec la tuberculine (Über die Spezifität der Intradermoreaktion mit Trichophytine; Beziehungen zum Tuberkulin), von A. Urbain und Fr. de Potter. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 33, S. 1191.) Durch Versuche bei tierischen Pilzerkrankungen bemühen sich Urbain und Potter, die Frage der Spezifität des Trichophytins und seine Beziehungen zum Tuberkulin zu ergründen. Die Versuche erstrecken sich auf Gesunde, Tuberkulöse und Trichophytiekranke, sowie auf tuberkulöse und trichophytiegeimpfte Meerschweinchen. Das Trichophytin war aus Trich. equinum und gypseum gewonnen. Ergebnisse: Wenn die Intradermoreaktion mit Trichophytin bei trichophytiekranken Menschen oder Tieren in fast 100% der Fälle positiv ist, so lassen sich die gleichen Reaktionserscheinungen — wenn auch mit einem etwas geringeren Prozentsatz — auch mit Tuberkulin erzielen. Ebenso können in einzelnen Fällen tuberkulöse Menschen oder Meerschweinchen eine positive Intradermoreaktion mit Trichophytin aufweisen.

F. Callomon-Dessau.

Unsere Erfahrungen mit dem Thalliumazetat bei den Haarpilzerkrankungen, von H. Kleinmann-Balta, Moldau-Republik. (M. Kl., 1926, Nr. 46, S. 1761—1762). Behandelt wurden 63 Kinder; die über 25 kg wiegenden erhielten 7 mg, die anderen 8 mg pro Kilogramm Körpergewicht einmal per os. Beginn des Ausfalles vom 7. Tage ab, totale Alopezie im allgemeinen nach 14—15 Tagen. Der Ausfall war stärker als nach Röntgenbehandlung, nur an der Stirnhaargrenze blieben häufig Haare zurück. Nur bei 8 Kindern waren die Haare des lateralen Teiles der Augenbrauen leicht ausfallend bzw. gelockert. Diese Verhältnisse sprechen für eine verschiedenartige Innervation der Haare und erklären auch die Wirkung des Thalliums, die auf dem Umwege über den endokrinvegetativen Organring erfolgt. Die Entfernung der noch auf dem Kopfe befindlichen

Digitized by Google

Schuppen und Haarstümpfe geschieht leicht durch eine Haube mit Kolophonium und Wachs. Die enthaarten Köpfe werden dann abwechselnd täglich mit Jodtinktur bepinselt und mit Präzipitatsalbe eingerieben. Nur einmal vorübergehende Albuminurie, mehrfach im Blut Lymphozytose, Eosinophilie, vereinzelt geringe Nebenerscheinungen (Wadenschmerzen, Durchfall, Gelenkschmerzen). Die Methode ist bei ausgedehnten Epidemien nicht zu entbehren. E. Levin-Berlin.

A Case of Sporotrichosis Meningitis (Ein Fall von Sporotrichosismeningitis), von G. H. Hyslop, J. B. Neal, W. M. Kraus und O. Hillmann-New York, N. Y. (Am. J. m. sc., 1926, Bd. 172, Nr. 5, S. 726—740.) Mädchen von 15 Jahren erkrankte unter Fieber mit tetanoiden Anfällen, Halluzinationen. Im Liquor Sporen von Sporotrichon und Myzelien. Jodbehandlung ohne Erfolg. Sektion ergab chronische diffuse Leptomeningitis. E. Levin-Berlin.

Sporotrichosis, an Occupational Dermatosis (Sporotrichosis. eine Berufsdermatose), von H. R. Foerster-Milwaukee. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 20, S. 1605.) Umfassende Studie über Ätiologie, Klinik, Diagnose und Behandlung der Sporotrichose in allen ihren mannigfachen Erscheinungen, abgefaßt auf Grund eigener Beobachtungen: nach Foerster tritt die Sporotrichose unter gewissen äußeren Bedingungen als Berufsdermatose in Erscheinung, und zwar im landwirtschaftlichen Betriebe auf Farmen oder in Gartenbaubetrieben. Dem Berberitzenstrauch wird eine besondere Bedeutung als Infektionsquelle zugewiesen. F. Callomon-Dessau.

Tierische Parasiten und Fremdkörper

Über Verfahren zur Untersuchung von Quaddeln und anderen Hauterscheinungen nach Insektenstichen, von A. Hase-Berlin-Dahlem. (Zschr. f. angew. Entomol., 1926, Bd. 12, H. 2, S. 244.) Unklar, wie die Herkunft des Wortes „Quaddel", ist auch bisher die Entstehung der Quaddel in ihrem Zusammenhange mit dem Stech- und Saugakt der sie hervorrufenden Insekten. Die Hauterscheinungen, welche auf einen Insektenstich folgen, in ihrer Gesamtheit festzulegen und zu dem Stech- und Saugakt in Beziehung zu setzen, ist der Zweck der vorliegenden außerordentlich interessanten Arbeit. Es wurden zunächst die Größenverhältnisse der verursachten Hautwunden durch Hautbohrer, Spritznadel, Wanzen- und Flohstiche gemessen. Der Durchmesser einer bei der Bohrung mit einem v. Pirquetschen Hautbohrer verursachten Hautwunde betrug 1,0 mm; bei dem Stich einer Bettwanze 0,015 mm. Gegenüber einer Wanzenstichwunde sind die mit unsern feinsten Nadeln verursachten Wunden etwa 540mal größer. Die Mengen des bei Versuchen mit stechenden Insekten eingespritzten Speichels sind sicher sehr gering. Nimmt man an, bei einem kurzen Stechakte würde die Speichelmenge 20mal durch Zustrom aus den Speicheldrüsen (des Flohs) erneuert, so würden ad maximum 0,0000416 mm^3 Speichel in die Haut eingespritzt werden. In den Vordergrund der Arbeit wird die Methodik der Untersuchung gestellt, wie sie Verf. in 5jährigem Studium sich allmählich entwickelt hat. Es werden untersucht die Markierung und Zeichnung der Quaddel und die Dauer ihrer Entstehung vom Moment des Einstiches ab bis zur ersten Entwicklung. In sehr geistreichen Methoden wird die Höhe, das Randwachstum und durch farbige Zeichnungen die Größenverhältnisse angegeben. Daran schließen sich Wägungen der zum Einstich benutzten Tiere vor und nach dem Stechakt, wodurch die Menge des aufgesogenen Blutes konstatiert werden kann, ebenso Untersuchungen über die Menge des vom Tier in die Haut eingespritzten Speichels. Auch aus der Stichdauer läßt sich ein gewisser Rückschluß auf die Menge des eingespritzten Giftes ziehen: ebenso wie sich aus der Dauer des Saugaktes auf die Menge der aufgenommenen Nahrung schließen läßt. Ferner ist gemessen worden die örtliche Temperaturerhöhung, die an der vom Insekt getroffenen Hautstelle meist in Verbindung mit Quaddeln eintritt (auch hierzu neue eigenartige Untersuchungsmethoden). Eine in Aussicht gestellte weitere Arbeit des Verf. wird die mit den geschilderten Untersuchungsmethoden erzielten Einzelresultate bringen. Jedenfalls ist hier der Weg beschritten, auf welchem die Entstehung der autochthonen Quaddeln (Urtikaria) und der durch äußere Reizung (Stiche) hervorgerufenen erforscht werden kann. M. Cohn-Dresden.

Eine seit 20 Jahren bestehende, der „Creeping eruption" ähnliche, wandernde Hautaffektion aus Ostafrika, von F. Fülleborn, Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrkh. Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, Bd. 30, H. 11, S. 702.) 62jähr. Mann erkrankte vor 20 Jahren am Njassasee an einer stark juckenden Bläscheneruption auf der Vorderseite oder den Interdigitalräumen einer Hand. Heftige Anschwellung, Aus-

Digitized by Google

trocknen der Bläschen. Bildung neuer Bläschen in der Nachbarschaft. Der ganze Prozeß dauerte eine Woche. Seit dieser Zeit jährlich 6—7mal Wiederholung solcher Anfälle. Verf. beobachtete mehrere und deutet die Erkrankung als einen durch eine wandernde Nematodenlarve hervorgerufenen Prozeß, der sich in den oberen Hautschichten abspielt. Therapie: Versuch mit Heliobrompinselung. (1 Photographie.)

H. Colman-Berlin.

Creeping Disease, von M. Melczer-Budapest. (Orv. Hetilap, 1926, Nr. 5.) Zwei Fälle, die auf der Universitätsklinik zu Budapest seit 25 Jahren erst wieder in letzterer Zeit beobachtet wurden. Beim ersten Fall waren die Gänge $^1/_2$—1 mm dick und verursachten heftiges Jucken, der zweite war von hypodermalem Typus mit brennenden Schmerzen und mit Eiterung. M. Porosz-Budapest.

A New Paederus (Coleopt: Staphylinidae) Causing Vesicular Dermatitis in Man (Eine neue Päderusart als Ursache einer vesikulären Dermatitis), von E. A. Chapin-Washington. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, Bd. 30, H. 9, S. 369.) Verf. beschreibt eine neue Päderusart, Paederus irritans nov. spec. als Erreger einer akut und ohne Prodrome auftretenden, sehr juckenden, vesikulären Dermatitis. Vorkommen in der Nachbarschaft von Guayaquil, Ekuador, in dem Camps verschiedener Ölgesellschaften. Die Dermatitis beginnt mit einem Erythem der Nase und ihrer Umgebung, starker, zuweilen bis zum Verschluß der Augen führender Konjunktivitis, und breitet sich rasch auf die Stirn aus. Dort sieht man auf dunkelrotem Untergrund Striemen, die aussehen wie mit einem zackigen Holzstück gewaltsam beigebracht. Das dort freiliegende Korium sondert kleine Tropfen viskösen oder wäßrigen Serums ab und bedeckt sich später mit zarten Borken. In mehreren Fällen Ausbreitung über Nacken, Schulter, Thorax und Abdomen bis zum Nabel. Die Striemen konfluieren nie, sie sind zwischen 0,7 und 15 cm lang. In der Nachbarschaft der Nase und auf dem Nasenrücken schießen winzige Bläschen auf, die eine weißliche Flüssigkeit enthalten. Gelegentlich treten diese Bläschen auch an anderen Körperstellen auf. Die Dermatitis wird durch Sonnenlicht und auch Tränenfluß offensichtlich ungünstig beeinflußt. In seltenen Fällen Ausdehnung bis zu den Beinen und zum Skrotum. Therapie: symptomatisch, jucklindernd.

F. Jacobsohn-Berlin.

Aulin als Ungeziefer- und Krätzemittel, von Janson-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1926, H. 10, S. 479.) Aulin stellt ein prompt wirkendes Mittel gegen Pedikulosis und Skabies dar, das sich durch seine Unschädlichkeit auszeichnet, nicht unangenehm riecht und die Wäsche nicht angreift. Eine einmalige einstündige Einwirkung genügt bei Pedikulis, um sämtliche Läuse und Nissen abzutöten, während Skabieskranke sich innerhalb 24 Stunden zweimal mit dem Mittel einreiben, um definitiv von ihrer Skabies befreit zu werden. Th. Lilienstein-Hamburg.

Erfolgreiche Krätze- und Ungezieferbekämpfung mit dem neuen Schwefelpräparat „Aulin", von Kleist-Schwarzkopf-Freiburg i. Br. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 21, S. 696.) Der wirksame Bestandteil des Aulin ist das Bisäthylxanthogen von der Formel $C_2S_4(OC_2H_5)_2$. Verwendet wurde das Präparat für Filzläuse; Einreibung, nach einer Stunde Bad, Heilung. In der Veterinärmedizin gute Erfolge bei der Akarusräude. Bei Skabies in vielen Fällen nach einmaliger Einreibung (in alten Fällen zweimalige) und Bad nach einigen Stunden, Heilung. Nebenwirkungen und Reizerscheinungen seitens der Nieren nicht beobachtet. M. Cohn-Dresden.

Behandlung (Schnellkur) bei Skabies, von M. Oppenheim-Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 45, S. 1311.) Empfehlung der modifizierten Hardyschen Schnellkur, die Verf. bei 41354 Krätzekranken mit Erfolg anwandte. Gang der Behandlung ist: 1. Trockeneinreibung des ganzen Körpers, besonders der Prädilektionsstellen mit Schmierseife und Holzwolle eine Viertelstunde lang; 2. Abseifen, eine halbe Stunde lang im warmen Bad; 3. Abtrocknen und Einreiben mit Salbe folgender Zusammensetzung: Sulf. praec. 25,0, Kal. carb. 10,0, Vasel. flav. 125,0. 2 Stunden mit dieser Einreibung in Leinentuch, Handschuhe und Socken bleiben. Danach Abwaschen mit Seife, Wasser (Brause), abtrocknen, Zinkpaste. Das noch gebliebene leichte Jucken verschwindet von selbst.

H. Colman-Berlin.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Sur l'interprétation du phénomène d'extinction de Schultz-Charlton dans la scarlatine (Zur Deutung des Auslöschphänomens bei Scharlach), von M. Ciuca und V. Craciunesco. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 94, Nr. 12, S. 894.) Serum von

Digitized by Google

Scharlachrekonvaleszenten, von gesunden Menschen und von Pferden, die mit 20 verschiedenen Streptokokkenarten geimpft waren, führte in 65—67% zu einem deutlichen Auslöschphänomen. Serum von Kaninchen, die mit denselben 20 verschiedenen Streptokokkenkulturen geimpft waren, löschte nur in 11,2% der Fälle aus. Ungefähr das gleiche Resultat wurde erzielt durch Serum von Kaninchen, die mit mehreren Kulturen hämolytischer Streptokokken von Scharlachkranken geimpft waren. Antidysenterieserum vom Pferd und Serum von Kaninchen, denen frisches Scharlachkrankenblut eingespritzt worden war, erwies sich als wirkungslos. Dagegen gab Antidiphtherieserum vom Pferd in 27,2% der Fälle einen deutlichen Ausschlag. Auffallenderweise zeigte das beim Auslöschphänomen so hochwirksame, polyvalente Antistreptokokkenserum vom Pferd keinerlei antitoxische Eigenschaften selbst in hohen Dosen bei schweren Scharlachfällen. Nach Ansicht des Verf. ist das Erythem das einzige Symptom, das der Verbindung der hämolytischen Streptokokken mit dem Scharlachvirus entspringt, während alle anderen Manifestationen keinerlei Beziehungen zu diesen Streptokokken aufzuweisen haben.

R. Ley-Kreuznach.

Zur Epidemiologie der Röteln, von M. Hasselmann-Kahlert, Univ.-Kinderkl. Frankfurt a. M. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 1, S. 35.) An Hand einer Saalinfektion konnten exakte Beobachtungen gemacht werden über Infektiosität, Inkubation und Krankheitsbereitschaft bei Röteln. Von 12 Fällen erkrankten nur 5 bei der ersten Infektionsmöglichkeit. 2 Kinder erwarben die Erkrankung erst bei der zweiten Infektionsmöglichkeit, nachdem sie durch eine frisch überstandene Otitis bzw. Angina anscheinend eine Resistenzverminderung erfahren hatten. Die Empfänglichkeit ist relativ gering (60%). Die Inkubationsdauer betrug in allen Fällen 18—20 Tage. R. Ley-Kreuznach.

A propos d'un cas de variole à répétition (Über einen Fall von Pockenrückfall), von E. Giraud-Marseille. (Gaz. des hôp., 1926, Nr. 88, S. 1413—1415.) Bei einem sicheren Pockenfalle (Bordet-Gengou-Reaktion mit frischem Vakzinevirus positiv) trat in der 5. Woche, während die Effloreszenzen sich in normaler Weise entwickelt hatten und am Bein zum Teil hämorrhagisch geworden waren, eine neue Eruption auf, an deren Wesen als Pocken diagnostische Zweifel nicht bestehen konnten. Es handelte sich nicht um ein Rezidiv, sondern um einen Rückfall. Wahrscheinlich beruhte die Infektion auf einer von dem gewöhnlichen Variolavirus etwas verschiedenen Varietät, die dazu neigt, Rückfallformen zu geben. E. Levin-Berlin.

Action des basses températures et des phagocytes sur la neuro-variole et la dermo-vaccine (Einwirkung der niedrigen Temperaturen und der Phagozyten auf die „Neurovariola" und die „Hautvakzine"), von R. Biglieri. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926. Bd. 95, Nr. 32, S. 1177.) Emulsionen von Neurovariola und Leukozytenaufschwemmungen werden in das Gehirn oder die Haut von Kaninchen injiziert. Jedes Virus zeigt Spezifität für Gehirn oder Haut. Zu jedem Glas Hinzusetzen von weißen Blutkörperchen von gesunden und von vorher an Variola erkrankten Kaninchen. Nach 24 Stunden Einwirkung. Hautinokulation negativ, Gehirninokulation positiv. Tiere starben in letzterem Falle an Enzephalitis. Mischungen von gesunden oder vakzinierten Kaninchenblutleukozyten mit dermo-vakzinalem Virus 24 Stunden bei 37° ergeben auf Kaninchenhaut negatives, ins Gehirn inokuliert positives Resultat. Bei 37° gelassen, selbst nach 48 Std. Hautreaktion positiv. Die Neurovakzine gibt noch nach 96 Std. Pusteln. Bei einer Temperatur von 55° wird das Neurotoxin zerstört, während das Dermotoxin übertragbar bleibt. H. Colman-Berlin.

Erwiderung zu dem Aufsatz des Herrn Prof. Tièche: „Einige kritische Bemerkungen zur Theorie des Neuunitarismus von Pocken und Varizellen" in Nr. 33 dieser Wochenschrift, von H. Sahli. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 43, S. 1047—1048.) Gegenüber der (Derm. W., 1927, Bd. 84, Nr. 3, S. 115 referierten) Arbeit von Tièche hält Sahli an seiner neuunitarischen Ansicht über die Beziehungen zwischen Varizellen und Variola und die in einer Epidemie, wenn auch selten, möglichen Übergänge von Varizellen zu Variola fest. Ganz falsch ist aber der von Tièche gezogene Schluß, daß damit in zweifelhaften Fällen durch Zuwarten ein schwerer Schaden geschehen könne, da im Gegenteil nicht nur für zweifelhafte Fälle, sondern sogar für scheinbar sichere Varizellen vom Standpunkt des Neuunitarismus eine strengere Isolierung gefordert wird.

E. Levin-Berlin.

Die Kultur des testikulären Pockengewebes, von S. Minerwin und A. Schmerling-Moskau. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 100, H. 7/8, S. 310.) Das Virus bleibt in dem zu kultivierenden, testikulären Gewebe bis zu 18 Tagen infektionstüchtig. Danach beginnt es abzusterben. Die Virulenz hängt in der genannten Zeit eng von der Lebens-

Digitized by Google

fähigkeit des zu kultivierenden Gewebes ab. Kultiviert man in einem gegen Pockenvirus immunen Plasma, so stirbt das Virus rasch ab. In den ersten 12 Tagen kommt es in dem testikulären Gewebe zu einer Vermehrung des Virus. Das Virus ist im Laufe der ersten 9 Tage sowohl in dem zu kultivierenden Gewebe als auch in dem es ernährenden Plasma vorhanden. F. Harry-Wiesbaden.

Schutzimpfungsversuche bei Varizellen, von P. Ferencz-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 29.) (Aus der Sitzung der Ungar. Kinderärzte-Gesellsch. am 5. Juni 1926.) Zum Zwecke der aktiven Immunität wurde aus den Blasen der Varizellen die Flüssigkeit mit einer Pravatznadel aufgesogen und mit 2—3 ccm Ringerlösung gemischt und mit dieser Lösung eine intrakutane linsengroße Quaddel am Unterarm gesetzt. Die Papel verschwand in 2 Tagen. Nach 9 Tagen spezifische Reaktion in Gestalt einer mit Entzündungshof umgebenen Papel, selten einer Blase. Bei Wiederholungen oder bei Kindern, die Varizellen durchgemacht haben, keine Reaktion. Geimpft wurden 94 Kinder (44 Säuglinge), und es erkrankten von ihnen nur 4. Ein Kind war subkutan geimpft, und bei einem waren nur 4—5 Bläschen zu finden. Die Geimpften wurden später der Infektion ausgesetzt, doch kam eine Ansteckung nicht vor. M. Porosz-Budapest.

De la vaccination jennérienne et de l'index vaccinal en Haute-Volta (Über die Schutzpockenimpfung und den Prozentsatz der positiven Erfolge in Haute-Volta), von J. Legendre. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1926, Bd. 96, Nr. 36, S. 217 bis 221.) In dem 3240000 Einwohner umfassenden Haute-Volta (Afrika) wurden auf Grund von Narben und anderen Spuren die Geimpften und die mit positivem Erfolge ermittelt und daraus der Index des Impferfolges berechnet. In 4 Bezirken schwankte der Prozentsatz nach Spuren und Narben zwischen 27—69%, in 10 Bezirken zwischen 11—60%. Jedenfalls ist ein großer Teil der Einwohner nicht immunisiert und bildet eine große Gefahr bei Epidemien. Die schlechten Erfolge werden auf die von den eingeborenen Ärzten verwendete Lymphe bezogen, ferner ist die Immunität nicht von langer Daner, weil die Schwarzen wenig Antikörper bilden. Bei vielen Personen mit Narben früherer Impfungen wurden mit wirksamer Lymphe positive Erfolge erzielt. Die Revakzination wird häufig nicht ausgeführt, weil der Glaube besteht, sie sei ebenso wie bei der oft vorkommenden Variolisation nicht erforderlich. Durch Anwendung trockener Lymphe wurden wesentlich bessere Erfolge erzielt. E. Levin-Berlin.

Solitäre Vakzineinfektion der Vulva bei einem nicht geimpften Kind, von R. Joachimovits, Abt. f. Frauenkrkh. Poliklinik Wien. (Zbl. f. Gynäkol., 1926, Nr. 50, S. 3193.) Während Vakzineinfektionen bei schon Geimpften nicht zu den Seltenheiten gehören, beobachtete Verf. im Gegensatz zu den sonst multipel auftretenden Vakzinepusteln eine Solitärpustel an der Vulva bei einem 3jähr. Mädchen, das noch nicht geimpft war. An der Innenseite der großen Schamlippen fand sich beiderseitig ein über kaffeebohnengroßer Substanzverlust mit etwas erhabenem, perlmuttergrauem Rand und einem graugelblichen, mattglänzenden Grund. Die Leistendrüsen waren beiderseitig beträchtlich vergrößert und druckschmerzhaft. Außer diesem Abklatschulkus zeigte sich kein weiteres Geschwür oder Bläschen. Differentialdiagnostisch kam außer Ulcus molle vor allem Diphtherie der Vulva in Frage. Gegen diese sprach jedoch die geringe Tiefe des Geschwürs, der Mangel eines schmutzigweißen Belages und das negative Ergebnis des Abstrichs. Nachträglich stellte sich heraus, daß das Kind mit einer älteren Schwester zusammengeschlafen hatte, die vor acht Tagen geimpft worden war, wodurch die Infektion zu erklären ist. F. Landauer-Berlin.

Über Vakzineenzephalitis, von I. Kollar-Budapest. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 1, S. 51.) Nach der Impfung kommt es bei einem 19monat. Säugling zu einem 7 Wochen lang dauernden intermittierenden Fieber. Da zeitweise Erbrechen, Hypotonie, getrübtes Sensorium und negativer Liquorbefund bestand, sonst auch keinerlei organischer Befund für das Kranksein zu erheben war, schloß Verf. per exclusionem, daß eine Vakzineenzephalitis vorliegen müsse. 10 Wochen nach Beginn der Krankheit war das Kind völlig geheilt. R. Ley-Kreuznach.

Über zweitägige Vakzine, von E. Paschen, Staatsimpfanstalt Hamburg. (D. m. W., 1926, Nr. 50, S. 2125.) Die zweitägige Vakzine hat sich als außerordentlich stark virulent erwiesen (nach Groth 1:5 Millionen, nach Gins $1:2^1/_2$ Millionen positiv). Sie ist ferner 5 Monate lang haltbar. Der Vakzine wird in hohen Verdünnungen wegen der fehlenden Viskosität 0,2% Agar in Glyzerinkochsalzlösung, so daß eine Verdünnung 1:100 entsteht, zugesetzt. Sehr gute Erfolge werden erzielt, wenn man die nach 1 Minute langer Zentrifugierung überstehende Schicht einer 1:50 verdünnten Vakzine verwendet, ebenso mit Filtraten von einer Verdünnung von 1:100. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Lepra

Lepra in Frankreich, von Breger-Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 45, S. 1910.) Die Zahl der Leprakranken in den französischen Kolonien wird auf 80000 geschätzt. In Paris gibt es gegenwärtig etwa 200 Lepröse. In Frankreich existiert keine Meldepflicht, sondern es ist nur eine freiwillige Anzeige im Gesetz vorgesehen. Ferner gibt es keine Gesetzgebung zur Verhütung der Lepra, auch sind keine Spezialanstalten für Leprakranke vorhanden. Man ist in Frankreich der Ansicht, daß Lepra in nur geringem Maße ansteckend ist. Im Völkerbund befaßt sich die Hygieneabteilung mit dieser Angelegenheit und arbeitet Vorschläge für internationale Maßnahmen aus. Eine Gefahr für Weiterverbreitung der Lepra nach Deutschland besteht nicht.

F. Harry-Wiesbaden.

Neue Aufgaben der Leprabekämpfung, von W. H. Hoffmann-Habana. (Kl. W., 1926, Nr. 42, S. 1983.) Die Infektionen geschehen vor allem im Kindesalter, seltener bei Erwachsenen; es handelt sich um eine Infektion von Mensch zu Mensch. Die wichtigsten Bekämpfungsmaßnahmen sind Prophylaxe und gründliche Behandlung. Letztere ist, besonders bei nicht zu ausgedehnten Fällen, möglich durch das Chaulmoograöl. Auch die örtliche Kohlensäureschneebehandlung zeitigt gute Resultate. Nur einen kleinen Kreis von Leprakranken in besonders vorgeschrittenen Stadien wird man auch in Zukunft internieren müssen; die übrigen muß man durch die Behandlung heilen, die allerdings meistens Monate und Jahre in Anspruch nimmt.

E. Langer-Berlin.

Tuberkulose

Ergebnisse der Serodiagnostik der Tuberkulose und Lepra, von W. Pfannenstiel-Münster i. W. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 21, H. 1/2, S. 1.)

Über Steigerung der Ektebinreaktion durch Yatren, von C. Kramer-Würzburg. (M. m. W., 1926, Nr. 46, S. 1932.) Da das Yatren die Tuberkulinempfindlichkeit steigert, hat der Verf. durch die Kombination des Ektebins mit Yatren gute Erfolge erzielt. Er wendet diese Ektebinreaktionsverstärkung an in Fällen von Knochen- und Gelentuberkulose, die klinisch frei von Lungenprozessen sind, ferner dann, wenn die primäre Reaktion auf Ektebin abgeklungen war, und zwar in einer Dosierung, die eben das neuerliche Aufflackern der Ektebinstellen hervorruft. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Über die intrakutane und subkutane Lokalreaktion, von F. Hamburger-Graz. (W. kl. W., 1926, Nr. 43, S. 1247.) Die von dem Verf. vor 18 Jahren in die Diagnostik eingeführte lokale Subkutanreaktion des Tuberkulins gibt ebenso deutliche, verläßliche Reaktionen wie die intrakutane Methode, hat aber vor der letzteren die leichtere und schnellere Ausführbarkeit und geringere Schmerzhaftigkeit voraus. Allerdings soll das subkutane Depot nicht zu tief angelegt werden. Th. Lilienstein-Hamburg.

Über die Lymphangoitis bei der Pirquetschen Reaktion, von L. E. Herzfeld-Budapest. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 1, S. 48.) Bei Kindern beobachtet man nicht so selten im Anschluß an die Pirquetsche Reaktion eine Lymphangoitis. Stets war dieselbe mit einer intensiven bzw. torpiden Reaktion vergesellschaftet. Die Sterilität des Tuberkulins spielt hierbei keine Rolle. Die Lymphangoitis entsteht nur bei einem bestimmten allergischen Zustand des Organismus. R. Ley-Kreuznach.

Etude des réactions cutanées provoquées par le filtrat stérilisé de bacilles de Koch (Studium der Hautreaktionen, hervorgerufen durch das sterilisierte Filtrat des Tuberkelbazillus), von Ch. Mantoux und J. Paraf. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 31, S. 1100.) Die intradermale Reaktion mittels eines aus dem Tuberkelbazillus gewonnenen sterilisierten Filtrates ergab völlige Identität mit der Tuberkulinreaktion. Während sie beim gesunden Meerschweinchen sowie gesunden Säugling negativ ausfiel, war beim kranken Tier bis zu einer Verdünnung von 1:100, beim Menschen mit positiver Tuberkulinreaktion in einer Verdünnung von 1:100 bis 1:1000 eine deutliche Intrakutanreaktion nach etwa 24 Stunden feststellbar. B. Peiser-Berlin.

Traitement du lupus tuberculeux par les caustiques chimiques (Die Behandlung des Lupus mit chemischen Kaustizis), von J. du Castel. (J. de Méd. de Paris, 1926, Nr. 43, S. 891—892.) Übersicht über eine Reihe gebräuchlicher Ätzmittel mit Rezeptformeln und die Art ihrer Anwendung in Verbindung mit Skarifikation und anderen Methoden. E. Levin-Berlin.

Visierlappenplastik bei ausgedehntem Lupus an Hals und Kinn, von A. Salomon-Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 43, S. 1821.) Empfehlung der genannten Methode bei

Digitized by Google

großen Hautverlusten an Hals und Kinn. Bericht über zwei Fälle. Nach Exzision des lupösen Gewebes wurde der Defekt mittels Visierlappenplastik gedeckt. Heilung nach 14 Tagen. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Entstehung von Tuberkuliden bei Sanokrysinbehandlung, von O. Naegeli, Derm. Univ.-Kl. Bern. (M. m. W., 1926, Nr. 46, S. 1929.) Der Verf. sah im Anschluß oder besser im Verlauf der Sanokrysinbehandlung Hauterscheinungen auftreten, die klinisch und histologisch sich nicht unter die einfachen Arzneiexantheme bringen lassen. Es zeigte sich vielmehr eine den Tuberkuliden ähnliche Struktur. Zwei Fälle erinnerten an Granuloma annulare, einer an papulonekrotisches Tuberkulid und einer an Lichen scrophulosorum. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Poradenitis, or Subacute Lymphogranulomatosis (Poradenitis oder subakute Lymphogranulomatose), von A. T. Todd-London. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5379, S. 700.) Besprechung an Hand zweier Fälle. Eintritt des Virus durch Genital-, seltener Mundschleimhaut. Inkubationszeit 3 Wochen. Kleines Bläschen oder Papel mit Vergrößerung der regionalen Drüsen. Diese zuerst hart, nicht verwachsen. Später Vergrößerung innerhalb Wochen und Monaten. Keine nennenswerte Schmerzhaftigkeit. Histologisch: Proliferation der retikulären Endothelien. Den größten Raum des Knotens nehmen epitheloide Zellen mit zwei Kernen und reichlichen Mitosen ein, was besonders wichtig ist. Es folgt später Kolliquationsnekrose an einigen Stellen. In einzelnen großen Zellen finden sich Einschlußkörperchen, wahrscheinlich die Erreger (Mikrophotographie). Die beiden Fälle betreffen Männer in mittleren Jahren. Serologisch oft positive WR und positive Kutireaktion mit Drüsenextrakt. Diagnose durch Punktieren und mikroskopische Untersuchung. Therapie: Exzision, Emetin oral 1—15 g; Jodpräparate i. v. und oral, Arsen. H. Colman-Berlin.

Syphilis

a. Allgemeines und Historisches

Kritische Betrachtungen über die Frühgeschichte der Syphilis, von H. E. Sigerist, Univ.-Inst. f. Gesch. d. Med., Leipzig. (D. m. W., 1926, Nr. 25, S. 1050.) Sigerist neigt dem Antiamerikanismus zu, doch hält er ihn nicht für bewiesen. In der vorliegenden Studie beschäftigt er sich nur mit dem wichtigen Werke Keizo Dohis und einem Teil der Hildebrandschen Syphilis-„Entdeckungen". Letztere werden glatt abgelehnt, wie es Ref. zu wiederholten Malen, aber unter ausführlicher Begründung in dieser Zeitschrift schon getan hat. Gegenüber Dohi wird zugegeben, daß man die Existenz von sicher syphilitischen Knochen vor 1493 nicht behaupten könne. Dies genügt aber allen, welche die mittelalterliche Syphilis Europas leugnen. S. stößt sich daran, daß die angeblich neu aufgetauchte Seuche in China und Japan keine größere Literatur hervorgerufen hat und daß man 12 Jahre vor 1545 in einer chinesischen Syphilisdarstellung nichts von einem seuchenartigen Ausbruch in Kanton erwähnt hat. Er meint, die Portugiesen hätten nicht die Krankheit, sondern die Kenntnis von der Krankheit nach dem Osten gebracht. A. v. Notthafft-München.

Syphilis im Altertum, von Ph. Hildebrand-Duisburg. (W. m. W., 1926, Nr. 17, S. 520.) Eine in dem großen Werke von Mau und Zangemeister „Inscriptiones parietariae Pompeianae" oftmals und dann wieder von E. Diehl veröffentlichte pompejanische Wandkritzelei lautet: Veneria Macimo / ment(u)la(m) / exmuccavit // per vindemia(m) / tot(am) / et relinque(t) / putr(em) ventre(m) / mucei // os plenu(m) os. Hildebrand deutet diese Worte so: Das venerische Lustmädchen hat während der ganzen Weinernte mit dem Maximus geschlechtlich verkehrt, so daß ihm ein durch und durch verseuchter Leib und ein Mund voll Schleimpapeln blühen wird. Das wäre also die Syphilis, die Alten hätten den Begriff der Geschlechtskrankheit gekannt, und die Laien wären gescheiter gewesen als die antiken Ärzte. Diese Auffassung ist aber aus medizingeschichtlichen und philologischen Gründen ganz unhaltbar. Wenn der Name Veneria eine Nebenbedeutung hat, so kann diese nur eine allgemein erotische sein; denn der Begriff des Venerischen ist erst im 16. Jahrhundert entstanden, nachdem Béthencourt das Wort Venusseuche, morbus venereus, geprägt hatte. Os mucei plenum heißt einfach: „Ein Mund voll Schleim" und darf nicht ganz willkürlich mit „Schleimpapeln" übersetzt werden. Das Scraffito ist unvollendet geblieben und gibt grammatikalisch die größten Schwierigkeiten auf. Es handelt sich offenbar um die Niederschrift einer perversen Schweinerei. Diesen Auffassungen schließt sich auch der Herausgeber E. Diehl an, den Ref. deshalb befragt hat. Die Veneria war eine Fellatrix und hat nun den Mund voll „Schleim"; bezieht sich os auf

Digitized by Google

den Mund des Maximus, dann hat dieser noch Cunnilingus getrieben. Venter ist nicht der Gesamtkörper, sondern der Unterleib des Maximus, der durch die Ausschweifung suter, d. i. morsch, kraftlos geworden ist (vielleicht mit der Nebenbedeutung „besudelt"), aber nicht etwa durch ein Krankheitsgift, sondern durch die bei den damaligen Herrschaften ebenso beliebte wie übel angesehene Perversität. A. v. Notthafft-München.

Contribution à l'étude comparée de la syphilis en France et à l'étranger (Die Syphilis in Frankreich und im Ausland, eine vergleichende Studie), von M. Petit. Thèse de Paris. (Presse méd., 1926, Nr. 75, S. 1188.) Die Syphilis ist in Frankreich im Zunehmen begriffen, sowohl in Paris als auch in der Provinz. In der Klinik Jeanselme wurden 1920 614 frische Luesfälle beobachtet. Diese Zahl fiel in den nächsten Jahren bis auf 248 im Jahre 1924, um im folgenden Jahr wieder auf 459 anzusteigen. In den anderen Ländern dagegen zeigt die Syphilis sich entweder stationär oder nimmt weiter ab. Diese Abnahme wird vor allem dem Salvarsan zugeschrieben. Als Ursachen für die Steigerung der Syphilis in Frankreich werden angeführt: Leichtsinn der Patienten, mangelnde Kenntnis vieler Ärzte in der Frühdiagnose, vor allem die Einwanderung von Leuten, die durch Intoleranz oder Mangel an primitivster Hygiene die Syphilis weiterverbreiten, die Zunahme der geheimen Prostitution und das Aufgeben der Salvarsanbehandlung vieler praktischer Ärzte aus Furcht vor Zwischenfällen.
A. de Lemos-Hamburg.

Wird die Syphilisinfektion in Budapest geringer? (Ungarisch), von J. Csillag-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 39.) In einem Ambulatorium der Krankenkasse sank die Zahl der Primäraffekte der letzten 4 Jahre von der Durchschnittszahl 21,4% auf 14% im Jahre 1925 ab. Die letzten 9 Monate gaben die Hälfte der Fälle von 1925 und einen dritten Teil von 1924. M. Porosz-Budapest.

La lutte antisyphilitique en Afrique équatoriale (Der Kampf gegen die Syphilis im äquatorialen Afrika), von P. Margueridon. (Presse méd., 1926, Nr. 93, S. 1467.) Bei Gelegenheit einer ausgedehnten Reise von Kairo durch das Niltal, Uganda, Tanganika, das belgische Kongogebiet und Rhodesia bis zum Kap hat M. vor allen Dingen die enorme Häufigkeit der Syphilis dort und zugleich, außer wohl was die kongenitale Syphilis betrifft, ihre geringe Virulenz bestätigen können. Im Sudan fiel ihm das häufige Auftreten von phagedänischen Geschwüren und von Knochenaffektionen auf. Im übrigen sah er nur kutane Läsionen, und zwar fand er, daß dieselben nie in großer Zahl auftraten. Von Nervensyphilis hat er nur einen einzigen Fall gesehen. Der Durchseuchung der Eingeborenen mit Malaria schreibt er eine große Bedeutung für den milden Verlauf der Lues zu. Die Eingeborenen lassen sich gerne mit Injektionen (vorzugsweise mit 914) behandeln, doch setzen sie selten die Behandlung bis zur definitiven Heilung durch. Am Kongo hat man Einheimische an den Stationen unterrichtet, daß sie unter Aufsicht der Ärzte die Injektionen ausführen. Eine segensreiche Einrichtung ist auch das das Nilgebiet versorgende Hospitalsdampfboot, das in jeder Hinsicht zweckmäßig ausgerüstet ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

b. Pathologie und Klinik

Syphilis of the Cervix (Syphilis der Zervix), von G. Gellhorn-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 22, S. 1812.) Übersichtsreferat. Die Syphilis der Cervix uteri kommt sicherlich häufiger vor als angenommen wird. Primäre und sekundäre Erkrankungen können leicht übersehen werden, da sie oft gar keine Erscheinungen machen. Tertiäre Lues der Zervix jedoch in Form von Gummen und gummösen Ulzerationen können solche Ausdehnung annehmen, daß ein Karzinom fälschlicherweise diagnostiziert wird. So manche Frau ist infolge derartiger Fehldiagnosen unnötigerweise einer lebensgefährlichen Operation unterzogen worden. Im Gegensatz zu dem meist sehr langwierigen Verlauf der Erkrankung stehen die seltenen Fälle von „galoppierender" Syphilis. Hier führt die Erkankung meist in kurzer Zeit zu einem enorm schnellen Zerstörungsprozeß der Zervix, der in der Regel letal endet. O. A. Schwarz-Berlin.

Aneurysma- und Gummibildung in der Leber bei sekundärer Lues, von H. Lenhartz und H. Gürich, Med. Univ.-Polikl. Hamburg-Eppendorf. (Virch. Arch., 1926, Bd. 262, H. 2, S. 416.) Ein 36jähr. Mann, der wegen Angina specifica mit 15,0 Bismogenol und 4,6 Neosalvarsan behandelt wurde, erkrankt nach 6 Wochen mit Ikterus, Lebervergrößerung und kolikartigen Schmerzen im Epigastrium. Im Verlauf der Behandlung, die seit Auftreten des Ikterus nur in Bettruhe und Diät bestand, kommt es zu Darmblutungen und schließlich zu einer tödlichen Peritonitis. Die Sektion ergibt eine gummöse Hepatitis und ein Aneurysma des l. Astes der A. hepatica propria, das

Digitized by Google

zu Blutungen durch die Gallenwege in den Darm, zu Kompressionsikterus und sekundärer Infektion der Gallenwege führte. F. Rosenthal-Berlin.

Lues oder Malaria? Aus der Konsiliarpraxis. (D. m. W., 1926, Nr. 48, S. 2039.) Ein Kollege aus Persien bittet um Beantwortung folgender Fragen: 1. kann die WR bei chronischer Malaria stark positiv ausfallen? 2. Ist es möglich, daß nach einer etwa 14tägigen energischen spezifischen Behandlung eine ++++WR negativ umschlägt? 3. Ist ein Pat., der außer einer stecknadelkopfgroßen Kubitaldrüse keine Zeichen von Lues aufweist, erst WR-positiv und nach einer 14tägigen Chininkur negativ reagiert, als syphilitisch anzusehen? (Der zugezogene Spezialarzt war der Ansicht, daß Pat. in den genannten 14 Tagen eine energische antiluetische Behandlung und keine Chininkur durchgemacht hat und bestand auf der Diagnose Lues.) Max Joseph beantwortet die 1. Frage mit Ja, die 2. Frage mit Nein und ebenso die 3. Frage. E. Hoffmann verneint die 1. Frage, hält ein Umschlagen der Reaktion von ++++ zu negativ nach so kurzer Zeit für äußerst unwahrscheinlich, verneint die 3. Frage, rät jedoch, zur vollständigen Klärung der Diagnose den Liquor zu untersuchen, da ein positiver Ausfall bei Malaria nicht vorkommt. W. Kolle bejaht die 1. Frage. Syphilisleberextrakte geben bei Malaria häufig unspezifische Hemmungen, während mit Rinderherzextrakt solche nur selten beobachtet werden. Der Erfolg der Chininkur weist ebenfalls auf Vorliegen von Malaria hin. Die 2. Frage ist zu bejahen. Die 3. Frage kann nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Die Diagnose Lues ist jedoch unwahrscheinlich. F. Harry-Wiesbaden.

Syphilis, von F. Pick-Prag. (D. m. W., 1926, Nr. 45, S 1910.) Aus der Konsiliarpraxis. Pat. wurde ein Jahr nach Abschluß des normal verlaufenen Klimakteriums angeblich infolge eines großen Schreckens hochgradig blutarm (42% Hämoglobin). Auf Arsen Besserung, dann Verschlimmerung, Blässe, Mattigkeit, mäßiges Fieber, Schwellung von Leber, Milz, Hämoglobin 32%, auffallende Größendifferenz der Erythrozyten, mäßige Poikilozytose. Diagnose: Lues. F. Harry-Wiesbaden.

Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire du corps thyroide (Beitrag zum Studium der tertiären Syphilis der Thyreoidea), von J. Gaté und H. Aloin. (Lyon méd., 1926, Bd. 138, Nr. 49, S. 648—653.) Tertiäre Syphilis der Thyreoidea ist häufiger bei kongenitaler als bei erworbener Syphilis beobachtet worden. In dem beschriebenen Falle stellte sich 20 Jahre nach dem Beginn der Syphiliserkrankung, wegen deren nur eine ungenügende Behandlung stattgefunden hatte, eine sklero-gummöse Schwellung der Thyreoidea mit starker Schmerzhaftigkeit ein, die sehr schnell an Umfang zunahm, so daß, besonders da auch das Allgemeinbefinden sehr in Mitleidenschaft gezogen war, die Annahme einer malignen Neubildung nahe lag. Eine mit Rücksicht auf die Syphilisanamnese eingeleitete spezifische Behandlung führte jedoch einen sehr schnellen Rückgang der Erscheinungen herbei, dem durch Jod und Quecksilber die völlige Heilung folgte. Diese beiden dürfen überhaupt bei der tertiären Syphilis nicht vernachlässigt werden. E. Levin-Berlin.

Sur un cas de tuberculose pulmonaire associée à la syphilis améliorée sensiblement après le traitement antisyphilitique (Über einen mit Syphilis verbundenen und durch antisyphilitische Behandlung sichtlich gebesserten Fall von Lungentuberkulose), von E. Liberopulo. (Paris méd., 1926, Nr. 44, S. 339—340.) 11 Jahre nach der Syphilis-Infektion war eine Pneumonie aufgetreten, nach deren Lösung eine Bronchopneumonie zurückblieb, die bei fortschreitender Abmagerung und mit Rücksicht auf tuberkulöse Drüsen in der Kindheit an Lungentuberkulose denken ließ. Keine Tuberkelbazillen, Pirquet negativ. Andererseits ließ die früher erfolgte Syphilis-Infektion und die positive WR diese ätiologisch in Betracht ziehen. Behandlung mit Hg. salicyl. bewirkte wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens und der Lungenerscheinungen. E. Levin-Berlin.

Über syphilitische Erkrankungen der Niere, von F. Wohlwill, Path. Inst., Allg. Krhs. Hamburg-St. Georg. (Zbl. f. Inn. Med., 1926, Nr. 45, S. 1066.) Die im Gefolge der Syphilis in der Niere auftretenden Prozesse teilt Verf. ein in rein degenerative Vorgänge, insbesondere in die Form der syphilitischen Lipoidnephrose, in rein vaskuläre Formen, in entzündliche Prozesse (akute und chronische interstitielle Nephritis), in Nierengummen und endlich in die maligne Sklerose. Was die klinischen Erscheinungen anlangt, so ist unsere geringe Kenntnis zum Teil sicher durch die Geringfügigkeit der Symptome bedingt: Abgesehen von der Lipoidnephrose finden wir einen geringen Gehalt an Eiweiß und Formelementen im Urin, wir beobachten selten eine Niereninsuffizienz infolge der meist bestehenden Einseitigkeit und Herdförmigkeit des Prozesses, und endlich fehlt meist Blutdrucksteigerung und Herzhypertrophie. F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Recherches sur la pathogénie de la céphalée vespérale syphilitique (Untersuchungen über die Pathogenese des abendlichen Kopfschmerzes bei der Syphilis), v. G. Buzoianu und S. Tovaru-Bukarest. (Pr. méd., 1926, Nr. 88, S. 1382.) Verff. deuten die Erscheinung als die Wirkung einer Störung im Gleichgewicht des vagosympathischen Nervensystems. Sie haben an einer größeren Reihe von (bettlägerigen) Pat. Prüfungen des Tonus des Sympathikus und des Vagus nach der Methode von Daniélopolu mit Atropin und aufrechter Stellung und zugleich Bestimmungen des arteriellen Drucks unter Verwendung von Adrenalin (nach Dresel) ausgeführt und legen die Resultate von 10 solchen Fällen tabellarisch dar. Sie konstatieren, daß das Auftreten bzw. die Verschlimmerung der Kopfschmerzen fast immer genau mit einem Zustand von deutlicher Hypoamphotonie des vegetativen Nervensystems zusammentrifft und daß gleichzeitig auch ein Zustand von arterieller Hypotension zu konstatieren ist. Hauptsächlich ist offenbar der Sympathikus hierbei affiziert. Eine direkte Einwirkung des syphilitischen Virus nehmen Verff. dabei nicht an, sondern vermuten, daß eine Störung in der Tätigkeit von endokrinen Drüsen eine vermittelnde Rolle spielt. Eine Bestätigung ihrer Auffassung über die Bedeutung der Hypotonie bei solchen Kranken sehen Verff. in der günstigen Wirkung des von ihnen verabreichten Kalziumlaktats (4—8 g pro die), das in 6 Fällen ohne antisyphilitische Therapie gute Resultate ergab. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis der Framboesie-Immunität der Paralytiker, von F. Jahnel und J. Lange-München. (Kl. W., 1926, Nr. 45, S. 2118.) In Ergänzung einer bereits früheren Mitteilung können die Verff. ihre damalige Annahme erneut bestätigen, daß sich Paralytiker gegen die Impfung mit einem Framboesiestamm refraktär verhalten. Man muß daraus auf die innigen Beziehungen der Syphilis und Framboesie schließen und kann diese Erscheinung nur als ein Immmunitätsphänomen auffassen, wie es auch den Ergebnissen des Tierversuchs entspricht. Die Impfungen nichtsyphilitischer Pat. mit dem gleichen Framboesiestamm gingen ohne weiteres leicht an. E. Langer-Berlin.

Zur Statistik der Erkrankungen an progressiver Paralyse, von Aichenwald. (Kasanski Medizinski J., 1926, Nr. 12.) Die progressive Paralyse ist in Odessa verhältnismäßig häufig, nämlich in 17% unter allen Psychosen. Das Verhältnis der Frauen zu den Männern beträgt 1 : 3,93. Seit dem Jahre 1920 beginnt die Paralyse abzunehmen. A. Jordan-Moskau.

Häufigkeit, Erkrankungsalter, Krankheitsdauer und Heilerfolg der wegen progressiver Paralyse in den Irrenanstalten der Schweiz in den Jahren 1910 bis 1915 und 1920—1924 Aufgenommenen, von H. W. Itten-Interlaken. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 47, S. 1142—1146.) Zur Klärung der Frage, ob eine Zunahme der Paralyseerkrankungen in der Schweiz stattgefunden hat, wurde eine kritische Sichtung des Meldekartenmaterials der Anstaltsaufnahmen und Abgänge des eidgenössischen statistischen Bureaus vorgenommen. Eine Gegenüberstellung der in den beiden Perioden erfolgten Neuaufnahmen zeigte einen Rückgang, an dem die ausländischen Staatsangehörigen am stärksten beteiligt waren. Bei den Schweizern fand sich eine deutliche Verschiebung zu Ungunsten der weiblichen Paralysen. Im ganzen sind arbeitende Klassen, die früher weniger ergriffen waren, jetzt stärker beteiligt, während die Paralyse bei den höheren Berufsklassen relativ zurückgegangen ist. Verheiratet waren von den Paralytikern 84% bzw. 83%, ledig 14% bzw. 13%. Gegen die Behauptung, daß die progressive Paralyse-Morbidität mit der Schutzpockenimpfung im Zusammenhange stehe, spricht die Tatsache, daß auch in den Teilen der Schweiz, in denen die Schutzpockenimpfung erst nach der ersten Periode eingeführt wurde, sich eine deutliche Abnahme zeigte.
E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 11 (Bd. 84) 12. März 1927

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Franz-Joseph-Universität in Szeged

Analogien und Gegensätze in der Pathologie der Syphilis und Tuberkulose

Von

Obermedizinalrat Prof. Dr. Franz v. Poór, Direktor der Klinik

Die klassischen Vertreter der chronischen Infektionskrankheiten sind gewiß die Tuberkulose und die Syphilis.

Zwischen den beiden Krankheiten besteht schon in bezug auf die Immunitätsverhältnisse ein wesentlicher Unterschied. Es gibt bekanntlich keinen menschlichen Organismus, der gegen Lues absolut immun wäre. Sobald die Spirochäte in die Gewebe eines menschlichen Organismus eingedrungen ist, entwickelt sich bei diesem auch die Krankheit. Bei der Lues bedeutet also das korpuskuläre Vorhandensein des Erregers unbedingt auch die Krankheit. Bei der Tuberkulose liegen die Verhältnisse anders. Es ist bekannt, daß es eine ganze Menge von Individuen gibt, die infolge ihrer Beschäftigung sozusagen ständig mit Kochschen Bazillen in Berührung sind (Ärzte, Krankenpfleger usw.), und dennoch kommt es bei ihnen nicht zur spezifischen Erkrankung, weil ihnen die spezifische Disposition fehlt, oder daß ihr Organismus mit Hilfe seiner unbeschädigten Resistenz den Krankheitserreger vernichtet. Bei der Tuberkulose bedeutet im Gegensatz zur Lues die Infektion nicht auch gleichzeitig das Entstehen der Krankheit im klinischen Sinne.

Sobald die Spirochaeta pallida in die Gewebe eingedrungen ist, kommt es in jedem Fall zur spezifischen Erkrankung, da der menschliche Organismus spontan keine oder zumindest nicht genügend spezifische Antikörper zu bilden vermag, bei der tuberkulösen Infektion hingegen ist der Organismus in einer verhältnismäßig großen Zahl der Fälle selbst imstande, entsprechende Antikörper zu produzieren („Selbstimmunisierung", Sahli), was durch das Vorkommen von Spontanheilungen erwiesen ist.

Die Abwehrvorrichtungen des Organismus, die immunbiologischen Prozesse haben aber im ganzen Verlaufe einer chronischen Infektionskrankheit nicht immer dieselbe Intensität. Dies zeigen sehr deutlich jene Fälle, bei denen auch die Haut von der Lues oder der Tuberkulose ergriffen ist. Wenn die Abwehraktion nicht genügt, um die Parasiten auf der ganzen Linie zu vernichten, wenn sie aber zwar in vermindertem Maße, aber dennoch merklich funktioniert, wird sie gewissen Erscheinungen der Lues

Digitized by Google

(sekundäre Hauterscheinungen) bzw. der Tuberkulose (Tbc. papulonecrotica, Lichen scrophulosorum usw.) das Anhäufen der Krankheitserreger zu einzelnen Gruppen (Agglutination) durch die Antikörper bewirken und somit das markante Krankheitsbild der Lokalerscheinungen verursachen. Diese Krankheitsbilder verschwinden aber in kürzerer (Lues) oder längerer (Tuberkulose) Zeit auch spontan, wenn sich die Abwehraktion „in melius" verändert, d. h. wenn sie wieder zu Kräften gelangt.

Daß es sich hier tatsächlich um die Funktion von immunbiologischen Faktoren handelt, geht daraus hervor, daß der Lupus postexanthematicus nach akut exanthematischen Infektionskrankheiten (Skarlatina, Morbilli) bei tuberkulösen Organismen stets in der Form von multiplen Herden auftritt, nach Krankheiten also, bei denen die immunisierenden Kräfte der Haut (histiogene Immunität) besonders in Anspruch genommen worden waren, die Abwehrvorrichtungen dieses Organs also geschwächt bzw. gelähmt sind. Daß die Pathogenese des Lichen scrophulosorum ebenfalls mit dem Vorhandensein der Immunkörper zusammenhängt, beweisen die zahlreichen Fälle, bei denen die Läsion unmittelbar unter der Wirkung der Tuberkulintherapie entstanden ist, und zwar bei tuberkulösen, vorher aber von jeder Hautaffektion freien Organismen, meiner Meinung nach als Folge des Kampfes der durch das Tuberkulotoxin und Tuberkulin erregten agglutinierenden Immunkörper. Bei der Syphilis zeigt sich die Steigerung der Abwehrvorrichtung während der Wirkung der antiluetischen Mittel in der Form der Jarisch-Herxheimerschen Reaktion.

Zwischen den durch immunbiologische Faktoren bedingten Erscheinungen der Lues und jenen der Tuberkulose gibt es aber doch Unterschiede. Bei der Lues wechseln die immunisatorischen Vorgänge einander rascher ab, dafür spricht das verhältnismäßig rasche Verschwinden der sogenannten sekundären Hauterscheinungen im Gegensatz zum chronischen Charakter der exanthemartigen Erscheinungen der Hauttuberkulose, welche auf einen schleppenden Verlauf der immunisatorischen Vorgänge hinweisen.

Zu einer vollständigen Lähmung der Abwehraktion kommt es bei den Fällen von schwerster Phthise, bei jenen Hautveränderungen (Tbc. miliaris ulcerosa cutis), welche sich zu der tuberkulösen Septikämie gesellen, zu Fällen, welche durch eine Überschwemmung mit B. K. und Fehlen jeder Heilungstendenz charakterisiert sind. Bei der Syphilis wird das vollständige Fehlen der Abwehraktion bei der Syphilis maligna angetroffen. Mit ihrem raschen Aneinander der Erscheinungen und den ulzerös zerfallenden multiplen Hautveränderungen bildet sie ein Analogon zu der miliaren ulzerösen Tbc. Das Fehlen der Abwehraktion wird bei der Tbc. ulcerosa cutis durch den negativen Ausfall der Tuberkulinreaktion, bei der Syphilis maligna durch die negative WR angedeutet.

Ein gemeinsames Moment besteht bei diesen Krankheiten darin, daß bei beiden die ersten Krankheitszeichen am Orte des Eindringens des Virus entstehen. Beim Zustandekommen der Infektion spielt aber die Empfindlichkeit des Virus gegen äußere Einflüsse eine wichtige Rolle. Der B. K. wird bekanntlich von einer Wachs- oder von einer wachsartigen Hülle umgeben, welche ihn außerhalb des Organismus gegen äußere Ein-

Digitized by Google

flüsse (Temperaturschwankungen, Austrocknung) schützt. So behält der mit dem Sputum in den Straßenstaub gelangte B. K. sehr lange seine Lebens- und Infektionsfähigkeiten. Die Spirochaete pall. wird aber nicht von so einer Hülle geschützt. Wenn sie daher in die Außenwelt gelangt, verliert sie sehr bald ihre Lebens- und Infektionsfähigkeit durch Austrocknung und stirbt ab. Nach Neisser beträgt in freier Luft die Lebensdauer der Spir. pall. ungefähr zehn Stunden. Daß tatsächlich die trocknende Eigenschaft der Luft die Spir. pall. vernichtet, beweist die Beobachtung von Beer-Hoffmann, wonach sich das Virus unter Abschluß der Luft noch nach 33—50 Tagen als infektionsfähig erwies.

Das rasche Zugrundegehen der Spir. pall. durch Austrocknung bietet die eine Erklärung für die relativ seltene extragenitale Infektion trotz der großen Zahl der Infektionsmöglichkeiten. Eine andere Ursache ist darin zu suchen, das es zum Haftenbleiben der Spir. nicht genügt, wenn diese einfach auf die Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelangt, sie muß in die Gewebe eindringen, damit die Infektion zustande komme. Da die Infektion auf dem Wege durch die normalen Hautdrüsen nicht bewiesen ist, sucht man die Eingangspforte der Infektion immer im Trauma, eventuell im mikroskopischen Trauma. Die Verletzung allein genügt aber nicht; zur Infektion ist es notwendig, daß die Spir. durch die Eingangspforte in die Gewebe mechanisch hineingepreßt werden. Diese Bedingung erklärt, warum die luetische Infektion meist durch den Koitus zustande kommt.

Der Umstand also, daß die tuberkulöse Infektion in der größten Zahl der Fälle durch die Lungen, die luetische Infektion über die Genitalien zustande kommt, ist mit der voneinander abweichenden Biologie dieser beiden Mikroorganismen zu erklären. Der Grund für die verschiedenartigen Infektionswege — volatiler Weg beim Tuberkulosebazillus (durch Aspiration), unbedingte Kontaktinfektion bei der Spir. pall. — ist ferner auch in der grundverschiedenen Konstruktion der beiden Mikroben gegeben.

Bei der Lues ist die Infektion — abgesehen von der hämatogenen kongenitalen Lues — immer exogen, bei der Tbc. ist, die primären Lungeninfektionen nicht gerechnet, eine exogene Infektion durch die Haut weit seltener. Was den Lupus vulgaris betrifft, welcher ja von vielen Autoren für eine primäre Erscheinung der Tbc. gehalten wird, stehe ich auf dem Standpunkte, daß diese Erkrankung nicht als Reaktion eines tuberkulosefreien Organismus gegen die von außen eingedrungene B. K. anzusehen ist. Vom Lupus vulgaris schrieb ich 1922 (Dermatologia [ungarisch]), „daß der Organismus die zur Entwicklung dieses Krankheitsbildes notwendige Disposition durch seine infolge einer vorhergegangenen tbc. Infektion spezifisch veränderte Reaktionsfähigkeit, Allergie, erlangt. Durch diese vorhergegangene spezifische Veränderung wird nun der Organismus anaphylaktisch, das heißt er wird auf eine spätere Infektion mit demselben Virus in erhöhtem Maße reagieren. . ." Das Krankheitsbild des Lupus vulgaris wird also eigentlich durch eine endogene oder exogene Superinfektion des vorher schon tuberkulösen Organismus mit Tuberkelbazillen hervorgerufen.

Digitized by Google

Will man zu der Hauttuberkulose in der Form des Lupus vulgaris ein Analogon auf dem Gebiete der Syphilis suchen, dann hat man an die luetische Superinfektion zu denken. Die Morphologie der luetischen Superinfektion weicht von dem Krankheitsbild der ersten luetischen Infektion, welche einen von Syphilis freien Organismus befällt, ab, und paßt sich jenem Stadium der Lues an, in welchem sich der Organismus eben befindet, da sich unter dem Einflusse des früheren Virus die Reaktionsart des Bodens verändert hat.

Ebenso ist die Manifestation der Hauttuberkulose in der Form verschiedener Krankheitsbilder (Lupus vulgaris, Tbc. papulo-necrotica, Tbc. miliaris ulcerosa usw.) einer Veränderung des Bodens zuzuschreiben. Die Tatsache, daß die Art der Terrainumstimmung bei Tbc. viel anhaltender ist als bei der Lues, erklärt der Umstand, daß die Bilder der Hauttuberkulose lange Zeit hindurch ihren Charakter kaum oder gar nicht ändern.

Letzten Endes sind sowohl bei der Lues als auch bei der Tuberkulose die bei jeden der beiden Krankheiten zu beobachtenden Differenzen im Krankheitsbilde der Allergie (der veränderten Reaktionsweise) des Organismus zuzuschreiben.

Im Sekundärstadium der Syphilis lösen die im Organismus verstreuten Spirochäten an der Haut, dort wo sie unter der Wirkung der Antikörper herdenweise agglutinieren, in der Form von Roseolen oder exsudativen Papeln reaktive Erscheinungen aus, und zwar meist im Verlaufe einer bestimmten Zeit. Die tuberkulöse Infektion bleibt entweder im primär affizierten Organ lokalisiert, oder sie sendet von ihrem ursprünglichen Herd in unregelmäßigen und unbestimmten Zeitabschnitten Bazillenmengen aus, bildet zirkumskripte Metastasen oder sie überschwemmt sozusagen den ganzen Organismus. In letzterem Falle kommt es nur selten zu einem Hautexanthem, wenn dieses aber dennoch unter dem Bilde der Tbc. miliaris ulcerosa erscheint, hat es nicht den explosiven Charakter der Manifestationen der sekundären Lues, sondern entwickelt sich langsam und ohne Rücksicht auf einen bestimmten Zeitabschnitt. Dieser Unterschied beruht höchstwahrscheinlich darauf, daß das Sekundärexanthem der Lues durch Agglutination der Spirochäten durch die Antikörper zustande kommt, während bei der tuberkulösen Septikämie die der Produktion der tuberkulösen Toxine entgegenarbeitenden Antikörper gelähmt sind und somit der pathogenen Wirkung der Bakterien nichts im Wege steht.

Bei beiden Krankheiten können die destruktiven Prozesse auf die Haut charakteristische Erscheinungen hervorrufen. Von den Krankheitsbildern der Tuberkulose, besonders des Lupus vulgaris, bei der Syphilis im späten (III.) Stadium gemeinsam ist aber bloß die Destruktion, denn die Pathogenese der Läsionen unterscheidet sich sehr scharf voneinander, der krasse Unterschied zwischen der Funktion des Tuberkelbazillus und der Spirochäte tritt nirgends so deutlich zutage, wie eben bei den erwähnten beiden Krankheitsbildern, wobei der Angriffspunkt beider Mikroorganismen eigentlich das Bindegewebe ist, während die Veränderungen des Epithels bloß eine Folgeerscheinung darstellen. Die biologische Funktion des B. K. bewirkt eine Kolliquation des Bindegewebes. Da das Zugrundegehen der in diesem vorhandenen Blutgefäße eine nachträgliche Nekrose zur Folge

Digitized by Google

PROPERTY OF THE SURGEON GENERAL'S OFFICE ARMY MEDICAL MUSEUM

hat, entstehen beim Lupus vulgaris Geschwüre mit unterminiertem Rand. Bei der Lues, besonders bei dem tuberösen Syphilide hingegen bewirkt die Spirochäte eine krankhafte Vermehrung der Bindegewebe (Hyperplasie), und unter dem Drucke, welchen das hyperplastische Bindegewebe auf die Kapillaren ausübt, atrophiert die darüber befindliche Epithelschicht und es kommt als Folge der Bindegewebewucherung zu der für dieses Krankheitsbild charakteristischen narbigen Atrophie ohne jeden vorhergegangenen ulzerösen Prozeß. Bei den übrigen oberflächlichen gummösen Prozessen der Syphilis spielt auch die Bindegewebswucherung eine Rolle, welche sich hier aber um einzelne Gefäßembolien gruppiert, wo es dann zur herdförmigen Verfettung und Nekrose kommt. Wenn sich der Inhalt des Gumma entleert hat, dann ist der Rand des Geschwürs eben wegen der Hyperplasie des angrenzenden Bindegewebes scharf steil und rundlich; bei größeren Gummen entsteht ein trichterförmiges Geschwür im Gegensatz zu den tuberkulösen Geschwüren mit unterminiertem, zackigem Rand. Die verschiedenen pathologischen Vorgänge, welche diese beiden voneinander verschiedenen Parasiten auch in gleichem Gewebe auslösen, charakterisieren einerseits deutlich die Differenzen in den biologischen Funktionen dieser beiden Mikroorganismen und erklären andererseits die für die Diagnostik wichtigen morphologischen Unterschiede der beiden verschiedenen pathologischen Prozesse.

Es ist bekannt, daß sowohl bei der Tbc. als auch bei der Syphilis die einzelnen Organe eine verschiedene Empfindlichkeit gegen das Virus zeigen. In dieser Hinsicht ist der Unterschied zwischen den beiden Krankheiten auffallend. Das Gewebe, welches dem B. K. am wenigsten Widerstandskraft entgegenbringt, ist die Lunge. Die Lungensyphilis hingegen gehört wohl zu den seltensten Lokalisationen dieser Krankheit. Die häufige Ansiedlung der Spirochäte in den Arterienwänden ist nicht nur die unmittelbare Ursache der Gummen, sondern auch der Veränderungen der Gefäße an der Hirnbasis. Die Empfindlichkeit der Gewebe des Gehirns und Rückenmarkes gegen das Virus der Lues ruft daselbst oft chronische Prozesse hervor (Tabes, Paralyse) im Gegensatz zu dem foudroyanten Verlauf der tuberkulösen Infektion dieser Gewebe (Meningitis tbc.). Die Veränderungen in den Knochen, insbesondere in den langen Röhrenknochen, kommen bei der Tuberkulose viel häufiger vor als bei der Lues. Der B. K. greift auch das Knorpelgewebe viel häufiger an als die Spirochäte.

Auffallend ist der Unterschied im Verhalten der beiden Krankheiten im fötalen Leben. Es ist bekannt, daß der Neugeborene die Tuberkulose nur äußerst selten mit auf die Welt bringt, um so häufiger aber die Disposition, welche in vielen Fällen familiär sein kann und sich mit dem Keimplasma von den Vorfahren ererbt hat.

Bezüglich der Syphilis stimme ich mit jenen Autoren überein, die der Meinung sind, daß die Syphilis nicht durch das Keimplasma vererbbar ist. Der Fötus kann aber natürlich durch seine Blutzirkulation schon intrauterin mit den Spirochäten der Mutter infiziert werden (= postkonzeptionelle Infektion). Bei der Lues kann aber der Neugeborene im Gegensatz zur Tuberkulose eine ganze Skala der luetischen Veränderungen sämtlicher Organe mit auf die Welt bringen.

Digitized by Google

Da bei beiden Krankheiten das korpuskuläre Virus in der Zirkulation der Mutter, wenn auch nicht ständig, so doch von Zeit zu Zeit fakultativ vorhanden sein kann, ist es immerhin auffallend, daß die Spirochäte in die fötale Zirkulation gelangt, den Fötus infiziert, während der ebenfalls im Mutterblut zirkulierende Tuberkelbazillus nur äußerst selten in die Zirkulation übergeht.

Meines Erachtens besitzen wir keinen Beweis, um behaupten zu können, daß etwa bei der Tuberkulose die immunisierende Aktion des Fötus kräftiger wäre als die der Mutter und die in den Körper des Fötus gelangenden Tuberkelbazillen auf diese Weise zugrunde gingen. Daran ist ebenfalls nicht zu denken, daß die Struktur der Plazenta das Durchdringen des größeren Mikroorganismus der Spir. pall. (10—15 μ) gestatten würde und das Durchdringen des bedeutend kleineren Tuberkelbazillus (1,6—3,5 μ) verhindern sollte. Viel eher kann man sich vorstellen, daß die Spirochäte mit Hilfe der ihr eigenen lebhaften schraubenförmigen und peitschenden Bewegungen durch das dichte Gewebe der Plazenta bedeutend leichter durchdringen kann als der unbewegliche oder nur zu einer sehr mangelhaften Bewegung (Stockwell, 1925) fähige B. K. Der andere Faktor ist darin zu suchen, daß der Infektion des Fötus stets eine spezifische Erkrankung der Plazenta vorausgeht. Es gibt nämlich keine kongenitale Syphilis ohne vorhergegangene Plazentarsyphilis. Die Gewebsverhältnisse der veränderten Plazenta, inbesondere die Veränderungen ihrer Gefäße, können ein Durchdringen der Spirochäten begünstigen. Wenn wir die spezifische Erkrankung der Plazenta als imperative Vorbedingung der kongenitalen Syphilis ansehen, dann löst sich auch die vielumstrittene Frage von selbst, ob nämlich eine luetische Mutter ein gesundes Kind gebären kann, wenn sie im vorgeschrittenen Stadium (6—9 Monate) ihrer Schwangerschaft infiziert worden ist. Meiner Meinung nach kann das Kind gesund (luesfrei) geboren werden, wenn zur Entwicklung der spezifischen Plazentaveränderung die nötige Zeit gefehlt hat.

Die auffallend seltene Plazentatuberkulose wurde von Birch-Hirschfeld, Rindfleisch, Lehmann (3 Fälle), Schmorl und Kockel (5 Fälle), Stoeckel u. a. beschrieben meist im Anschlusse an eine Miliartuberkulose der Mutter. Nach Lubarsch kommt eine Übertragung der Tuberkulose auf den Fötus nur in Fällen von Plazentatuberkulose vor. Nachdem bekannt ist, daß der Tuberkelbazillus die reichlich blutdurchströmten Gewebe meidet, die Plazenta aber eines der blutreichsten Gewebe ist, kann man sich die Seltenheit der Plazenta-Tbc. und somit der intrauterinen bzw. kongenitalen Tuberkulose im Vergleich zur Häufigkeit der luetischen kongenitalen Veränderungen leicht erklären.

Die Bedingungen der kongenitalen Syphilis suche ich einerseits mit den der Spir. pall. eigenen Lebensäußerungen, andererseits mit der vorausgehenden spezifischen Veränderung der Plazenta zu erklären. Gleichzeitig findet auch die auffallende Seltenheit der kongenitalen Tuberkulose auf Grund der Biologie des B. K. und somit der Seltenheit der tuberkulösen Plazentaveränderung eine Erklärung.

Digitized by Google

Wie aus dem Gesagten hervorgeht, weist der Vergleich der Pathologie der Tuberkulose mit jener der Syphilis darauf hin, daß der differente Charakter der verschiedenen Infektionskrankheiten einerseits mit den verschiedenen Lebensäußerungen der Mikroorganismen, andererseits mit den Abwehrvorrichtungen des Wirtsorganismus zusammenhängt.

Die reaktiven Vorgänge des Organismus, ihre Qualität und Quantität, was also zusammen den Symptomenkomplex ergibt, sind eigentlich Produkte des Wirtsorganismus, des Nährbodens, die klinisch erkennbare Spezifizität, die Pathogenese dieser Erscheinungen wird aber von der biologischen Tätigkeit des betreffenden krankheitserregenden Parasiten bestimmt.

Aus der inneren Abteilung des St. Elisabeth-Hospitals in Kopenhagen
(Direktor: Privatdozent Dr. med. Th. Hesse. Thaysen)

Ein Fall von Wismutvergiftung mit tödlichem Ausgang bei antisyphilitischer Behandlung

Von

Jörgen Munck

Pat. war ein 45jähr. verheirateter Mann aus gesunder Familie. Von allgemeinen Kinderkrankheiten abgesehen, war er als Kind und in den Jünglingsjahren gesund. Vor etwa 20 Jahren während eines Aufenthalts in England etwas Hautausschlag; aber Pat. weiß nichts von Ansteckung oder von primärem Schanker; er suchte wegen des Leidens keinen Arzt auf, das übrigens alsbald wieder schwand, und in den dazwischen liegenden Jahren will Pat. völlig gesund gewesen sein. Keine vorausgegangene antiluetische Behandlung.

Erst vor etwa einem Jahre trat am Perineum eine Hautaffektion auf; Pat. wandte sich an einen Arzt, und dieser konstatierte ring- und bogenförmige Syphilide am Skrotum und Nates.

WR 0,0, 0,10, 60, 100 (Uxor WR $\div\div$). Verheiratet seit 7 Jahren, ein Kind von 2 Jahren gesund.

Er bekam vom 5. XII. 1924 bis 2. II. 1925: 8 Neosalvarsan- ($2 \times 0{,}45 + 4 \times 0{,}60 + 2 \times 0{,}75$) und 10 Wismutinjektionen (Vijochin) à 30 cg (10%ige Jodchininwismutlösung in Öl). Nach der 3. Injektion (0.60 Neosalvarsan) trat hohes Fieber auf, sonst wurde die Kur gut vertragen. Am 7. IV. 1925 sieht man nur Narben nach den Syphyliden. WR 0,0, 0,40, $100 \cdot \Sigma > 100$.

Jetzt bekam er in 14tägigen Zwischenräumen $2 \times 0{,}45$ Neosalvarsan; aber da wieder hohes Fieber und vorübergehend rheumatische Beschwerden auftraten, wurde die Salvarsanbehandlung abgesetzt und bis zum 11. VI. 1925 15 Wismutinjektionen (Muthanol) à 15 cg Wismuthydroxyd verabfolgt, die gut vertragen wurden (radioaktives Wismutoxyhydrat in 7,5%iger Ölsuspension).

Am 22. IX. 1925 war die WR 0,0, 10, 60, $100\ \Sigma = 25$. Er bekam bis zum 29. X. 1925 im ganzen 10 Wismutinjektionen: 2 ccm der Barfodschen Lösung: Wismuthydroxyd 6 g, Ad. lanae 4 g, Ol. camph. ad 40 g. Die Wismutinjektionen wurden zweimal wöchentlich verabfolgt.

Während der Behandlung wiederholte Urinuntersuchungen auf Eiweiß, zuletzt am 19. X. 1925, immer mit negativem Resultat.

Am 9. XI. 1925 stellt sich Pat. mit leichtem Ikterus und Stomatitis vor. Er sucht deshalb das Bett auf und wird am 19. XI. besucht. Ikterus und Stomatitis haben etwas zugenommen. Leber nicht vergrößert, kein Aszites. Puls kräftig, regelmäßig. Der Urin war sehr dunkelbraun, der Stuhl von normaler Konsistenz, aber lehmfarben. Keine

Digitized by Google

Schmerzen, kein Hautjucken. Pat. hatte etwas schleimiges Erbrechen ohne Blut und konnte nur flüssige Kost vertragen.

Temperatur zu Hause subnormal, ein einzelnes Mal jedoch 38,1° C. Starker Foetor ex ore; machte häufig Oxydolspülungen. Er magerte stark ab und fühlte sich sehr müde und kraftlos. Keine Symptome seitens der Brustorgane.

Am 19. XI. 1925 ist Pat. des Morgens unklar, deliriert. Ein zufällig hinzugerufener Arzt läßt ihn ins Krankenhaus aufnehmen. Pat. ist bei der Aufnahme etwas mitgenommen, etwas unklar und klagt über starke Gedächtnisschwäche.

Temperatur 35,9° C, Puls 76, regelmäßig, recht kräftig. Respiration 12. Intensiver Ikterus der Haut, der Sklerae und der sichtbaren Schleimhäute. Die Pupillen rund, gleichmäßig, reagieren auf Licht und Akkommodation. Die Lippen trocken, fissuriert mit dicken bräunlichen, blutigen Schorfen. Starker Foetor ex ore. Die Zähne sehr defekt und kariös mit Pyorrhoea alveolaris. An einigen Stellen sieht man längs des Randes der Gingiva einen schwarzen Saum (Wismut). An der Basis der Zunge, an einigen Stellen der Wangenschleimhaut und am Übergang des weichen zum harten Gaumen sieht man bis zu einkronenstückgroße, unregelmäßig konturierte Ulzerationen mit nekrotischem Grund und leicht erhöhtem, wallartigem Rand, die leicht bluten. Halsorgane normal. nirgends periphere Adenitis. Steth. cord.: Grenzen normal, Töne rein, Aktion regelmäßig. Steth. pulm.: vorn normal, hinten unten beiderseits feine Krepitation, besonders rechts, mit Dämpfung und abgeschwächter Atmung. Abdomen: etwas gespannt und meteoristisch, nirgends Empfindlichkeit. Leber und Milz nicht palpabel, Leberdämpfung von der Costa IV ab. Kein Aszites. Unregelmäßig pigmentierte Narben am Skrotum und Nates. Extremitäten normal, Patellarreflexe recht lebhaft. Plantar- und Achillessehnenreflexe normal. Die Sensibilität scheint normal. Urin grünbraun, ÷ Sacch., ÷ Urobilin, +++ Gallenfarbstoff, + schwaches Albumen. Mikroskopie: zahlreiche ikterische, gekörnte Zylinder.

20. XI. Im Laufe der Nacht sehr unruhig, trotz zweimal 1 cg Pantoponinjektion. Am Morgen sehr schlapp, Puls 112, Respiration 9, spärliche Diurese.

21. XI. Bewußtlos, Puls 120, Respiration 16. Wird stimuliert mit: zweimal Inj. camphor. 2 + 5 ccm, einmal Inj. digaleni 1 ccm, zweimal Salzwasser subkutan 1000 g. Trotz Lavement und 1,2 ccm Peristaltin kein Stuhlgang. Keine Diurese. 300 ccm werden aus der Blase entleert. Er verfällt sehr schnell, und der Tod tritt 11 Uhr 15 Min. vormittags ruhig ein. ¼ Stunde nach dem Tode werden an fünf Stellen im ganzen 1 Liter 5%ige Formalinlösung ins Abdomen injiziert.

Sektion 22. XI. per Abdomen: Gelbe, ikterische Leiche, etwas Blut im Munde. Ulzeration am Übergang zwischen weichem und hartem Gaumen. Lungen stark blutgefüllt, namentlich hinten unten. Kein Zeichen von Pneumonie. An der Basis der rechten Lunge drei recht flache, fünfpfennigstückgroße, etwas sternförmige, weißliche Narben, die sich etwas in das Lungengewebe hinein erstrecken. Bronchien und Mediastinaldrüsen ohne Besonderheit. Herz von normaler Größe; Muskulatur und Klappen normal. Unter dem Perikardium am Sulcus coronarius große Ekchymosen. Aorta: Spec. ascendens, normal. Leber: Gewicht 1450 g, klein, graugrünlich. Oberfläche granuliert wie bei der Laennecschen Zirrhose, kräftig ikterisch. Am Ligamentum falsiforme eine fünfpfennigstückgroße sternförmige Narbe. Gallenwege normal. Pankreas und retroperitoneale Drüsen normal. Milz: Gewicht 240 g, hyperplastisch. An der Außenseite des Magens, Dünndarms und teilweise des Kolons finden sich zahlreiche dichtgestellte Ekchymosen, subperitoneal. An der Innenseite des Magens einige Ekchymosen, sonst nichts Abnormes. Duodenum und oberer Abschnitt des Dünndarms zeigt, abgesehen von leichter Hyperämie, die nur an den nicht fixierten Teilen hervortritt, nichts Abnormes. Die Hyperämie nimmt an den untersten Dünndarmschlingen sehr beträchtlich zu, wo sich dicht an der Ileozökalstelle zwei oberflächliche Substanzverluste mit unregelmäßigen Rändern und beträchtlicher Hyperämie finden; etwa erbsengroß im Umfang, ist die Schleimhaut nekrotisch. An der Ileozökalstelle und dem anstoßenden Teil des Zökums, der zu den schlechtest fixierten Stellen gehört, findet sich gleichfalls eine beträchtliche Hyperämie. Die Schleimhaut ist etwas verdickt, ödematös, aber nirgends sind im Kolon Ulzerationen zu sehen. Nieren: Gewicht 300 g, Oberfläche glatt, die Kapsel etwas schwer ablösbar. Die Schnittfläche zeigt etwas verwaschene Zeichnung. Reichliche Blutfülle, recht beträchtlicher Ikterus. An den übrigen Harnorganen nichts Abnormes, abgesehen vom Ikterus. Testes: Im rechten finden sich einzelne Fibrosen. Von der Innenseite des Kolons werden einige breiige Fäzes abgespült, die grau, reichlich schleimig und eitrig sind. Oxydolreaktion +++, Benzidin +++.

Digitized by Google

Histologische Untersuchung: Die Magenschleimhaut zeigt, abgesehen von den erwähnten Ekchymosen, keine pathologischen Veränderungen.

Im Dünndarm sieht man, den hyperämischen Partien entsprechend, etwas lymphozytäre Infiltration der Schleimhaut und Blutungen auf der Oberfläche; aber die Submukosa, Muskularis und das Peritoneum ist normal.

In Schnitten vom Kolon sieht man eine heftige suppurative Kolitis, die sich bis in die Submukosa erstreckt, wo sich die leukozytäre Infiltration bis zur Abszeßbildung verstärkt. Die Infiltration erstreckt sich durch die Muskularis, das subperitoneale Fettgewebe bis außen in das Peritoneum. Das gleiche Bild findet sich in Schnitten von den weniger hyperämischen Partien, wenn auch etwas schwächer ausgesprochen.

In der Leber findet sich eine sehr starke Laennecsche Zirrhose mit starker Bindegewebsentwicklung, Zellinfiltrationen und Neubildung von Gallengängen. In sudangefärbten Gefrierschnitten finden sich sowohl in den Zellen als auch in den Azini und den Gallengängen zahlreiche kleine fettfarbene Tropfen, ohne Tendenz zu konfluieren.

Die Nieren ergeben eine sehr starke Degeneration des Epithels in den Tub. contorti und den Henleschen Schleifen. Dem Epithel fehlen in den Tub. contorti völlig die Kerne, an deren Stellen es abgestoßen, mit Gallenpigment infiltriert ist; ebenso finden sich zahlreiche Gallezylinder in den Nierenkanälen. Die Glomeruli, die Henleschen Schleifen in den Pyramiden und Sammelröhrchen sind gut erhalten. Es besteht keine Zellinfiltration. In sudangefärbten Gefrierschnitten sieht man eine sehr starke und ausgedehnte Fettdegeneration, am stärksten in den Tub. contorti, aber auch in den Henleschen Schleifen, etwas abwärts in den Sammelröhrchen und an einzelnen Stellen in den Glomeruli.

In den Lungen findet sich, den infiltrierten Partien entsprechend, eine suppurative Bronchopneumonie und purulente Bronchitis. Starke Blutfüllung der Alveolen. Einer der Narben entsprechend erstreckt sich ein breites, zellenarmes Bindegewebsband tief in das Lungengewebe hinein.

Die Herzmuskulatur zeigt nichts Besonderes. In sudangefärbten Gefrierschnitten zeigt sich eine starke Fettdegeneration, die sich durch zahlreiche kleine Fetttröpfchen dokumentiert, die in dicht gestellten Reihen parallel zur Längsachse der Fibrillen angeordnet sind.

Ein kleines Gingivastück zeigt nichts Abnormes.

Von den Organen wurden Nieren, Leber, Milz, ein Stück Kolon, 250 ccm Urin der letzten 24 Stunden und 10 g getrocknete Fäzes zur Bestimmung des Wismutgehalts ausgewählt.

Diese Untersuchungen wurden mit liebenswürdiger Unterstützung des Herrn Dr. med. S. Lomholt und des Herrn Assistenten Lundh am chemischen Universitätslaboratorium vorgenommen. Es wurde folgende Methode angewandt:

Destruktion durch Ausglühen nach Zusatz von rauchender Salpetersäure, wie von Lomholt in der Ugeskr. f. Laeger, 1925, Nr. 32, S. 686ff. beschrieben; Auflösen in verdünnter Salpetersäure, Eindampfung, Verdünnung und Zusatz von 20 mg Sublimat. Darauf wurde Konzentrationsfällung mit Schwefelwasserstoff vorgenommen. Die dadurch gebildeten Sulfide werden in einem Porzellantiegel geglüht; dabei geht Merkurisulfid in Dampfform fort, während Wismutoxyd als ein reiner, gelber Rest zurückbleibt, der durch Wägung bestimmt wird. Nur die Analyse von Milz und Urin geht jedoch so einfach vor sich.

Bei den übrigen Analysen wird der Eindampfungsrest wegen des Kupfergehalts deutlich grün. Bei ihnen werden die Sulfide durch Kochen mit verdünnter Salpetersäure aufgelöst; dabei bleibt Merkurisulfid ungelöst zurück. Das Filtrat wird mit Ammoniak übersättigt, wodurch sich Wismuthydroxyd bildet, das ausgefällt wird, während das Kupfer eine komplexe Verbindung bildet, die in Lösung bleibt und in einigen Fällen diese schwach blau färbt. Wismuthydroxyd wird auf einem ganz kleinen aschefreien Filter abfiltriert und in einem Tiegel geglüht. Dabei bildet sich gelbes Wismutoxyd, das durch Wägung bestimmt wird.

Eine Schwierigkeit besteht darin, daß Wismut mit der Glasur des Tiegels Verbindungen eingeht. Spätere Untersuchungen haben gezeigt, daß diese Schwierigkeit durch Verwendung von Quarztiegeln vermieden werden kann. Die erhaltenen Resultate müssen als Minimumwerte aufgefaßt werden. Die Genauigkeit der Methode übersteigt nicht 0,3 mg (Wägung).

Die Analysen ergaben folgende Resultate:

Digitized by Google

Analyse I: 100 g Niere, 6,5 mg Bi (Spur von Kupfer);
„ II: 100 g Leber, 1,05 mg Bi (reichliche Mengen Kupfer);
„ III: 100 g Milz, 1,8 mg Bi (÷ Kupfer);
„ IV: 8 cm Kolon, ÷ Bi (Spur von Kupfer);
„ V: 250 ccm Urin, 1,3 mg Bi (÷ Kupfer);
„ VI: 10 g Fäzes, 1,3 mg Bi (Spur von Kupfer).

Totalgehalt an Wismut in den untersuchten Organen:

Nieren 300 g 19.5 mg Bi
Leber 1450 g 15,23 mg Bi
Milz 240 g 4,32 mg Bi
Urin 300 ccm 1,56 mg Bi.
} im ganzen 39,05 mg,

Pat. hatte an Wismut erhalten:
5. XII. 1924 bis 2. II. 1925 10mal Vijochin à 30 cg = 300 cg (20% Bi);
7. IV. 1925 bis 11. VI. 1925 15mal Muthanol[1]) à 15 cg = 225 cg (80—86% Bi);
22. IX. 1925 bis 29. X. 1925 10mal Wismuthydroxyd[1]) à 30 cg = 300 cg (80 bis 86% Bi).

Die Totalmenge ist daher:

0,60 g
1,94 g
2,59 g
im ganzen 5,13 g metallisches Bi.

Wollen wir die vorliegenden Tatsachen nun zusammenfassen und zuerst das klinische Bild betrachten, so ähnelt Entwicklung und Verlauf der Krankheit sehr genau dem, was sich bei Vergiftung mit Salzen der Schwermetalle findet, in casu Wismut, wie es z. B. von Radaelli beschrieben ist.

Hierfür spricht folgendes:

1. Die Stomatitis mit Ulzerationen und dunklem Saum an der Gingiva.

2. Die Nephrose mit Oligurie, Zylindrurie und Albuminurie. Der histologische Befund und die Fettdegeneration, die besonders auf die Tub. contorti lokalisiert ist, ist typisch für Metallvergiftungen und stimmt mit früheren Untersuchungen überein, teils von Pape beim Menschen (Wismut per os), teils mit den Tierversuchen von Gérard und Daunic (Bismuth. subnitr.) sowie von Kollert, Strasser und Rosner (Trépol bei Kaninchen).

3. Die Kolitis mit der starken Leukozyteninfiltration durch alle Schichten. Histologische Untersuchungen des Darms bei Wismutvergiftung scheinen nach Levaditi früher nicht gemacht worden zu sein, während Mitteilungen über den Befund von Ulzerationen und schwarzen Dekolorationen vorliegen (Kocher, Orfila, Steinfield, Meyer).

Klinisch finden sich selten stärkere Symptome seitens des Darms, doch gibt es einige Mitteilungen über das Auftreten von bis zu dysenterieartigen Diarrhoen. Ducrey findet in einigen Fällen blutige und purulente Diarrhoen, abwechselnd mit Obstipation, welch letzterer Befund auch im vorliegenden Fall erhoben wurde.

4. Das Leberleiden, das sich durch Fettdegeneration und den intensiven Ikterus äußerte. Ein leichter Grad von Fettdegeneration wird

[1]) Wismuthydroxyd $Bi(OH)_3$ ist bei Aufbewahrung inkonstant und gibt leicht H_2O ab, so daß basisches Wismutoxyd entsteht BiO(OH). Der Gehalt an metallischem Wismut wird daher nach der Formel BiO(OH) (86,3% Bi) berechnet, da die betreffenden Ölsuspensionen überwiegend in dieser Verbindung Bi enthalten.

Digitized by Google

von Villejean, Gérard und Daunic sowie von Lebedeff bei Tierversuchen beobachtet. Ikterus wird als relativ selten beschrieben. Wenn er hier so intensiv war, so beruht das vermutlich, jedenfalls zum Teil, auf der Insuffizienz der vorher schon stark zirrhotischen Leber. Die Leberzirrhose kann auch die Ursache für den vermehrten Fettgehalt in den Leberzellen sein, aber wohl am ehesten als Fettinfiltration und nicht wie hier als Fettdegeneration.

Hier mag gleich erwähnt werden, daß diffuse, an Cirrhosis pseudocardiaca erinnernde Leberzirrhose von Lacapère und Galliot experimentell durch intravenöse Sigmutinjektionen hervorgerufen wurde (Wismuttartrat in schwefelhaltiger Lösung).

5. Die starke Fettdegeneration der Herzmuskulatur.

6. Die Abmagerung, die auch von Ducrey sowie von Fournier und Guénot beschrieben wird.

Wenn man hinzunimmt, daß Pat. ein recht großes Quantum Wismut (etwa 5,13 g) bekommen hat, und wenn man berücksichtigt, daß in jedem Fall seine Leber in der Funktion stark herabgesetzt war, so erscheint es ganz natürlich, den Fall als Wismuttodesfall aufzufassen.

Hiermit stimmen auch die Analysen überein, die einen bedeutenden Wismutgehalt der untersuchten Organe aufweisen, der am reichlichsten sich auf die Ausscheidungsorgane verteilt, was ganz dem allgemein bekannten entspricht, was u. a. von Lomholt durch Tierversuche nachgewiesen ist, der weit die größte Prozentmenge in den Nieren findet, entsprechend dem Umstand, daß $^2/_3$ der verabfolgten Menge hier ausgeschieden wird, während $^1/_3$ mit den Fäzes abgeht.

Zur Beleuchtung der gefundenen Wismutmengen in den Organen dienen folgende Versuche:

Lomholt findet bei Kaninchen nach Injektionen von Vijochin und Wismuthydroxyd folgende Wismutmengen in mg pro 100 g Organ:

	Vijochin			Wismuthydroxyd	
Nieren . .	2,00	1,40	0,90	2,94	2,17
Leber . . .	0,10	0,10	0,07	?	0,09
Herz . . .	0,12	0,25	0,20	1,33	0,14
Lungen . .	0,11	0,27	0,13	0,41	0,27
Blut . . .	0,04	0,03	0,03	0,32	0,01

Müller und Kalle finden bei Kindern mit kongenitaler Lues, die trotz Trépolbehandlung starben, folgende Wismutmengen in den Organen:

100 g Niere, 5 mg Bi,
100 g Leber, 0,8 mg Bi,
100 g Herz, 1,5 mg Bi.

Dalché und Villejean bewirkten Mors bei Hunden durch subkutane Injektionen von Bism. subn. und finden folgende Mengen:

100 g Niere, 37,5 mg Bi,
100 g Leber, 12,2 mg Bi,
100 g Milz, 58,3 mg Bi,
100 g Speicheldrüse, 36 mg Bi.

Digitized by Google

Diskutieren wir zum Schluß die Ursache der im vorliegenden Fall eingetretenen Vergiftung, so begegnet uns zunächst die Schwierigkeit, daß eins der für die Ausscheidung von Wismut wichtigen Organe, nämlich die Leber, vorher stark beschädigt war. Welche Rolle die vorhandene Leberzirrhose für das Auftreten der Vergiftung gespielt hat, kann nicht entschieden werden; man kann ebensogut annehmen, daß die Vergiftung auf einer Herabsetzung der Ausscheidungsfähigkeit der Leberzellen für Wismut beruht, wodurch die Ausscheidungsfähigkeit der übrigen Organe überlastet wird, wie, daß die Intoxikation der Leber, Nieren und der übrigen Organe koordinierte Phänomene waren, daß wir also eine primär entstandene Vergiftung vor uns haben.

Man muß nämlich sehr in Betracht ziehen, daß hier Wismutpräparate angewandt wurden, von denen man weiß, daß sie sehr langsam resorbiert werden, monatelang liegenbleiben können, so daß man damit rechnen muß, daß die große Mehrzahl sämtlicher 35 Depots möglicherweise noch wesentliche Mengen beim Einsetzen der Vergiftung enthielt, und es scheint, nach dem ganzen Verlauf zu urteilen, eine recht plötzliche Mobilisation des deponierten Wismuts zustande gekommen zu sein.

Bei Röntgendurchleuchtungen sowohl von Menschen wie von Tieren fand man noch viele Monate nach der Injektion von Wismutoxyd und Muthanol Schattenbildungen (Veillet, Levy-Bing, Vialard), und bei Exstirpation von Depots bei Tieren hat man noch einen Monat nach der Injektion bis zu 33% der injizierten Trépolmengen gefunden (Wolfer). Ähnliche Exstirpationsversuche mit noch größeren Befunden sind von Levaditi und in Dänemark von Lomholt gemacht.

Queyrat sagte 1923, daß der modus procedendi bei jeder spezifischen Behandlung, also auch beim Wismut, folgendermaßen resumiert werden könnte: frapper vite, frapper fort, frapper assez longtemps. Der oben referierte Fall scheint jedoch zur Vorsicht vor zu starker Dosierung von Wismut zu mahnen und wohl besonders von solchen Präparaten, die in Depots abgelagert werden, die nur langsam und unregelmäßig entleert werden, was wohl zum großen Teil darauf beruht, daß Wismut in Ölsuspension gebraucht wird.

Aus der Dermatologischen Universitäts-Poliklinik in Tartu-Dorpat

Zur Sanokrysinbehandlung der Lepra

Von

Prof. A. Paldrock und Dr. A. Rängel

Zwei tuberöslepröse Frauen, welche schon seit 5 Jahren reichlich Tubera auf der Hautoberfläche aufwiesen, und von welchen die eine, Nr. 16, A. L., im Alter von 28 Jahren und die andere, Nr. 13, J. K., im Alter von 29 Jahren stand und bei welchen die Morosche Ektebinreaktion negativ war, erhielten im Verlaufe von 4½ Monaten 4.5 und 5,0 Sanokrysin als wässerige Lösung intravenös injiziert. In steigenden Dosen erhielten die Pat. in jeder Woche nur eine Injektion, die drei letzten Injektionen aber aller 2 Wochen.

Digitized by Google

Beide reagierten auf die Injektionen mit Temperatursteigerung und Allgemeinreaktionen, wie Kopfschmerz, Übelkeiten, Brechreiz, Herzklopfen und Schwächezustand sowie sich daran schließende Herdreaktionen, indem sich die Tubera mit einem roten Hof umgaben und an scheinbar gesunden Hautstellen gerötete Knoten bis zu Erbsengröße auftraten, was von lästigem Jucken dieser Stellen begleitet war.

Vor dem Beginn dieser Behandlung und je nach einem Monat, während der Behandlungsdauer, wurde die Lipasemenge im Blute der Behandelten bestimmt. Die Lipasebestimmung geschah mittels der Oleum-ricini- und parallel noch mittels der Lezithinemulsion. Zur Bereitung ersterer wurde unter beständigem Schütteln zum Oleum ricini so lange $^1/_{10}$ Normalnatronlauge zugesetzt, bis die Emulsion mit 2 Tropfen Phenolphthaleinlösung keine Rosafärbung mehr gab. Die Phenolphthaleinlösung bestand aus: Phenolphthalein 0,25 + Spiriti vini (96%iger) 25,0 + Aqua destillata 25,0. Nach nochmaligem sorgfältigem Durchschütteln verblieb diese homogene Emulsion eine Woche haltbar.

Zur Bereitung der Lezithinemulsion erwärmte man 2,0 Lezithin + 5,0 Methylalkohol vorsichtig auf dem Wasserbade bis zur eingetretenen Lösung. Dann setzte man dieser Lösung, sie beständig umrührend, 100,0 Aqua destillata hinzu und schüttelte das Ganze so lange kräftig durch, bis eine gleichmäßige, milchfarbige Emulsion entstanden war. Hierauf wurde diese noch einige Minuten lang auf kochendem Wasserbade erhitzt, damit aller Alkohol aus ihr sich verflüchtigte.

Zur Lipasebestimmung nahm man: 1 ccm Serum + 5 ccm Emulsioni olei ricini seu lecithini + 2 Tropfen Toluol (zwecks Konservierung) + 2 Tropfen Phenolphthalein (Indikator); nach kräftigem Durchschütteln begann das Titrieren mit spirituöser Lösung der $^1/_{10}$ Normalnatronlauge, welche bis zum Eintritt einer beim Schütteln nicht vergehenden Rosafärbung fortgesetzt wurde. Ablesen und Vermerken der verbrauchten $^1/_{10}$ Normalnatronlaugenmenge. Als Kontrolle kam eben genanntes Untersuchungsgemisch auf 24 Stunden in den Thermostaten bei 37° C und wurde dann erst titriert.

Die Lipasemenge der Nr. 16, A. L., entsprach folgenden Titrierungsmengen von $^1/_{10}$ Normalnatronlauge:

Vor der Behandlung am 14. XI. 1925		Während der Behandlungsdauer		
		am 12. I. 1926	am 13. II. 1926	am 16. III. 1926
Ol. ricini, gleich	0,51	0,28	0,44	0,44
„ „ nach 24 Stunden	0,57	0,28	0,45	0,44
Lezithin, gleich	1,00	1,18	1,18	1,24
„ nach 24 Stunden	0,74	1,18	1,30	1,30

Die Lipasemenge der Nr. 13, J. K., entsprach folgenden Titrierungsmengen von $^1/_{10}$ Normalnatronlauge:

Vor der Behandlung am 14. XI. 1925		Während der Behandlungsdauer		
		am 12. I. 1926	am 13. II. 1926	am 14. III. 1926
Ol. ricini, gleich	0,50	0,48	0,43	0,46
„ „ nach 24 Stunden	0,50	0,50	0,70	0,80
Lezithin, gleich	1,00	1,80	1,18	1,20
„ nach 24 Stunden	0,94	1,40	1,20	1,40

Während der Behandlung stieg die Gesamtzahl der Leukozyten bei der A. L. von 6200 auf 8000 und bei der J. K. von 6800 auf 8100, wobei die Lymphozytenzahl von 29% auf 37% und von 26% auf 36% stieg, was beide Male auf Kosten einer entsprechenden Verminderung von Neutrophilen geschah. Die Hämoglobinmenge und Erythrozytenzahlen blieben unverändert und trat im Urin kein Eiweiß auf; wohl aber verloren die Pat. während der Behandlungsdauer 21 und 27 Pfund an Körpergewicht. Das Bild ihrer Krankheitserscheinungen war zum Schluß der Behandlung dasselbe geblieben, wie es zu Anfang der Behandlung gewesen war.

Digitized by Google

Der dritte Pat., Nr. 19, J. A., ein 51 Jahre alter Mann, welcher schon 3 Jahre an einer sehr vorgeschrittenen Lepra tuberosa mit schon zerfallenden Knoten litt, erhielt intravenös 6,0 Sanokrysin im Verlaufe von 4 Monaten. Die Morosche Ektebinreaktion war bei ihm negativ gewesen.

Während der Pat. in der ersten Hälfte der Behandlung keinerlei Reaktionen zeigte, traten letztere erst in der zweiten Hälfte der Behandlung auf — als Temperatursteigerung, kurzdauernde Albuminurie, Allgemeinreaktionen — als Herzschwäche, Schwindel, Schwellung der Füße und Metallgeschmack im Munde, und als Herdreaktion: Rötung in der Umgebung der Tubera, ohne daß diese in ihrem Zerfall aufgehalten wurden. Ein lästiges Jucken begleitete die Rötung.

Die Lipasemenge der Nr. 19, J. A., entsprach folgenden Titrierungsmengen von $^1/_{10}$ Normalnatronlauge:

Vor der Behandlung am 12. I. 1926	Während der Behandlungsdauer		
	am 13. II. 1926	am 14. III. 1926	am 14. IV. 1926
Ol. ricini, gleich 0,34	0,38	0,42	0,38
„ „ nach 24 Stunden 0,34	0,60	0,56	0,42
Lezithin, gleich 1,12	1,14	1,18	1,06
„ nach 24 Stunden 1,12	1,18	1,30	1,12

Die Lipasemenge im Blute, ebenso der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen wie auch die Leukozytenzahl und das Verhältnis der Lymphozyten zu den Neutrophilen blieben bei diesem Pat. während der Behandlungsdauer fast unverändert die gleichen, wohl aber hat der Pat. an Körpergewicht 9 Pfund abgenommen.

Das Krankheitsbild am Ende der Behandlung, mit dem zu Beginn der Behandlung verglichen, ist unverändert.

6 Monate nach beendigter Behandlung läßt sich bezüglich der Lepraerscheinungen bei allen drei Pat. auch keine Änderung zum Besseren feststellen; wohl aber haben sie sich gut erholt und ihr verlorengegangenes Körpergewicht wiedererlangt.

Zusammenfassung

Die Behandlung unserer drei Tuberösleprösen mit Sanokrysin verminderte nicht maßgebend ihre Lipasemenge im Blute, wohl aber bewirkte sie eine Zunahme der Gesamtzahl der Leukozyten, wobei auch noch die Prozentzahl der Lymphozyten auf Kosten einer entsprechenden Verminderung der Neutrophilen sich vermehrte. Während der Behandlungsdauer erlitten die Behandelten sehr bedeutende Körpergewichtsverluste. Die Sanokrysinbehandlung brachte die Tubera nicht zum Schwinden und verminderte nicht ihre Formen — wirkte also nicht heilend, obgleich die Behandlung von Temperatursteigerung, Allgemein- und Herdreaktionen begleitet war.

Versammlungen

6. Mitteldeutsche Dermatologen-Tagung

Magdeburg, 5. Dezember 1926

Brandt-Magdeburg: 1. **3 Fälle von Lupus-Karzinom,** davon einer auf Röntgen gut reagiert hat.

2. **Morbus Recklinghausen.**

3. **Lichen ruber linguae?**

Diskussion. Jadassohn: Daß Lichen ruber der Schleimhaut resistent gegen Arsen ist, auch wenn gleichzeitiger Lichen ruber der Haut gut reagiert, ist auch allgemein pathologisch interessant. (Bedeutung des Milieus auch für die spezifische Therapie.)

Digitized by Google

J. wäre für einen Versuch mit Hg jod. flav., auf das einzelne As-resistente Fälle zurückgehen. Eventuell Radium oder Röntgen.

Galewsky hat mehrere Fälle von Lichen ruber der Zungenschleimhaut gesehen, die ebenfalls auf As nicht reagierten. Auch er empfiehlt eventuell Röntgen, Radium oder Doramad.

Kagelmann (Hautklinik): 1. **Urticaria pigmentosa,** seit dem 2. Lebensmonat bei jetzt 9 Monate altem Mädchen. Starke blasenbildende, lange persistierende Urticaria factitia localisata.

2. **Lupus miliaris disseminatus.** 69jähr. Frau. Lungen o. B. Ein Sohn mit Tbc. pulm. und Lupus wurde vor einem Jahr von Patientin gepflegt. Damals Beginn der Hauterkrankung im Gesicht. Jetzt neben typischen Herden im Gesicht gelblichweiße akneiforme, milienähnliche, teilweise Follikelzysten enthaltende Effloreszenzen. An Hals, Brust, Rücken und Armen hanfkorngroße braunrote und livide Knötchen. An den Streckseiten der Oberarme eine netzförmige livide Zeichnung mit hanfkorngroßen Erhabenheiten. Pirquet und Moro negativ. Auf Tuberkulin keine Reaktion. Histologisch: Effloreszenz vom Gesicht: zentrale Nekrose, Epitheloid- und Riesenzellen, Tuberkel zum Teil perifollikulär; Effloreszenz vom Arm: Nekrose nicht so ausgesprochen, Epitheloid- und Riesenzellen, Tuberkel in der Kutis gelegen, scharf abgesetzt, an Sarkoid erinnernd.

Diskussion: Jadassohn betont, daß der Fall sehr bemerkenswert ist wegen der Kombination: Lupus miliaris, retikuläres Erythem der Rückseite der Oberarme (wie relativ am häufigsten beim Lupus pernio und Sarkoid), dem papulösen Tuberkulid analoge Herde, dabei Tuberkulinanergie. Lupus miliaris oft tuberkulinunempfindlich, weniger regelmäßig scharf abgesetzt als Sarkoid-Lupus-pernio-Typus. Also auch bei Tuberkulinanergie die verschiedenen Formen der Tuberkulid- bezw. Sarkoidgruppe.

Werther erwähnt einen Fall von Lupus miliaris des Gesichts, der zunächst wie Rosazea aussah. Nebenbei papulopustulöses Tuberkulid an den Akra der Extremitäten. Nach Tuberkulin am Oberarm razemoses Erythem wie sonst bei Bazin. Mehrere Jahre vorher tuberkulöse Drüsentumoren am Halse.

Jadassohn erinnert an das rosazeaähnliche Tuberkulid Lewandowskys; der Lupus miliaris kann als Erythem auftreten; dann bleibt nach Abklingen des Erythems der Lupus miliaris zurück.

Lennhoff: 1. **Ichthyosis hystrix,** stellenweise in Form eines strichförmigen Naevus mit zeitweise auftretender Blasenbildung an den pathologischen Partien.

2. **Demonstration mikroskopischer Präparate zur Psoriasis** (Spirochäten vom Typus refringens; Kerngranula).

Maul (Hautklinik): 1. **Induratio penis plastica.** 49jähr. Kleiderfärber. Induratio penis plastica seit etwa einem Jahr bestehend. Ungefähr 3:2,5 cm große, schildförmige, knorpelharte Einlagerung im Schwellkörpergewebe dicht hinter der Glans, dorsal. Geringe Deviation des erigierten Gliedes nach aufwärts.

2. **Lepra tubero-maculo-anaesthetica.** 1922 von Kiess (Klinik Rille) bei der Leipziger Naturforscher-Versammlung vorgestellt. 46jähr. Oberdeckoffizier. 1922 erste Knoten im Gesicht und auf den Handrücken. Schubweises Auftreten neuer Effloreszenzen, ähnlich Erythema nodosum und gleichzeitig Gelenkschmerzen (Neuralgien oder rheumatische Gelenkschmerzen?); zeitweise lupoide Herde von Lepra. Im Nasensekret nie Bazillen nachgewiesen. Deutliche Besserung nach Antileprol per os und per injectionem (10% in Ol. arachidis).

Galewsky-Dresden: 1. **Moulage eines $1^1/_2$jähr. Kindes mit multiplen blaugrauen Tumoren über den ganzen Körper.**

2. **Über Erythro-Cyanosis cruris.** G. demonstriert zwei Wachsabgüsse dieser Erkrankung. Der erste Fall ist einer der häufigen Fälle von Frosterkrankung bei jungen Mädchen, die beide Beine bis zum Knie ergriffen hat und in die Gruppe des Pernio-Follicularis acuminatus Klingmüller gehört. Zwischen den einzelnen Follikeln blaurote, leicht gedunsene Haut. Der zweite Fall betrifft ein 22jähr. Mädchen, bei dem der Frost seit 7 Jahren besteht, so schlimm, daß sie seit 2 Jahren nicht arbeiten konnte, weder Treten der Nähmaschine noch Stehen möglich. Tuberkulose nicht nachweisbar. WR negativ. Vater hatte Lues, 6 Kinder frühzeitig gestorben, 2 leben. Zwischen den einzelnen Follikeln in den blauroten Flecken schmerzhafte Infiltrate. Pirquet und Tuberkulinprobe positiv. Nach Tuberkulinbehandlung Heilung.

Linser-Dresden: **Demonstration von Moulagen.**

1. Psoriasis, provoziert durch aus gynäkologischen Gründen vorgenommener Röntgenbestrahlung.

Digitized by Google

2. Psoriasis, provoziert durch Sonnenlicht.

3. Gegen Licht über- bzw. unterempfindliche Hautfelder bei Psoriasis. Verändert in ihrer Ansprechbarkeit auf Licht sind sehr oft die um die sichtbar psoriatisch erkrankten Herde gelegenen, 2—3 cm breiten Hautstreifen. Höhensonne, die auf der normalen Haut des Kranken lediglich ein Erythem zur Folge hat, führt entweder zu einer blasigen Abhebung der genannten biologisch veränderten Streifen oder zu Aussparung der Streifen, die auch auf Belichtung kaum mehr reagieren.

Diskussion. Werther: Bei Lichtbädern (Seebäder) zeigt sich, daß Psoriasis heilen oder schlimmer werden kann, je nach der Strahlenempfindlichkeit des Patienten.

Jadassohn: Die Randzone ist bei glatter Trichophytie unterempfindlich gegen Trichophytin, also eine weitere Analogie zur Psoriasis und für die Infektionshypothese sprechend.

Lennhoff erinnert an die von ihm empfohlene Therapie mit Hg jod. flav. Neuerdings Versuche mit Mitigal, 10% in Ol. arachidis; anscheinend günstige Wirkung.

Pinkus hat mit Erfolg (25%) Hg jod. flav. bei Psoriasis verabreicht, ebenso mit Schwefelinjektionen, immer war das Ergebnis schlecht mit Wismut. — Hennig-Magdeburg.

4. **Berloque-Krankheit** nach Gebrauch von Kölnischem Wasser (4711). Auch durch andere unbekannte Einwirkungen kann sie verursacht werden. Die typische Pigmentierung kann erst nach Wochen nach dem sie auslösenden Trauma kommen und durch Sonnenbestrahlung, bei einigen wohl schon durch die voraufgegangene Dermatitis bzw. nur flüchtige urtikarielle Hauterkrankung selbst hervorgerufen werden.

Galewsky hat zusammen mit Linser eine Reihe derartiger Berloque-Fälle gesehen, so ein junges Mädchen mit urtikariellen Ödemen im Gesicht. Erst beim dritten Rückfall gab sie Anspritzen mit 4711 an.

5. **Chronischer Rotz?** 38jähr. Patientin. Seit 2 Jahren angeblich schwere Furunkulosis. Arme und angrenzende Brustpartien hart infiltriert, von Fisteln durchsetzt. Immer wieder auftretende, spontan perforierende, karbunkelähnliche schmerzhafte Knoten. Bleistiftdicke, rosenkranz- und wurmförmige Stränge. Lymphadenitis. Differentialdiagnose: Aktinomykose, Sporotrichose, Tuberkulose. Komplementablenkungsreaktion auf Rotz stets positiv (++++). Kultur- und Straußscher Tierversuch negativ.

Werther-Dresden: 1. **Bindegewebsnaevus.** Gutmann faßte 1926 die bis dahin erschienenen Fälle von Bindegewebsnaevi zusammen, zurückgehend bis auf Lewandowsky (1921). W. demonstrierte einen solchen Fall in der Dresdener Naturforscher-Versammlung 1903 als Pseudomilium collagenicum.

2. **Greisenhaut (Kolloidmilium, Colloidoma miliare).** Moulage: zitronengelbe Knötchen an Stirn, Augenbraue und Nase. Histologisch: Umbau und Quellung des Kollagens und Elastins im Papillarkörper; die gequollenen Massen zeigen zwei Färbungsintensitäten bei Elastinfärbung: stark gefärbte, gekrüllte Massen, eingeschlossen von schwach angefärbten (ob Kollastin oder Kolloid sei dahingestellt). Die Gelbfärbung beruht auf Lipoidinfiltration (s. Sudanpräparat), wie Kreibich gezeigt hat.

Sowade-Halle a. d. S.: **R. Müllers Ballungsreaktion und Grundsätzliches zur Serodiagnose der Syphilis.** Die von R. Müller auf dem Dermatologenkongreß Dresden 1925 bekanntgegebene Reaktion wurde in der Hautklinik in Halle mit Extrakten, die R. Müller zur Verfügung stellte, an etwa 500 Seren nachgeprüft. Das für die Reaktion erforderliche Reagens ist ein cholesterinisierter, entsprechend eingeengter Extrakt aus besonders geeigneten Rinderherzen. Die Herstellung eines einwandfreien Extraktes erfordert große Ubung und Erfahrung, sie wird jetzt fabrikmäßig von der Firma Schering-Berlin betrieben. Der Extrakt bedarf der kolloidalen Aufschließung nach streng zu befolgenden Vorschriften. Die Ballungsreaktion ist keine sogenannte Sprechstundenreaktion, sondern läßt sich nur im Laboratorium ausführen. Die Ablesung der Resultate erfolgt zuerst nach 7—9stündigem Brutschrankaufenthalt, dann nach weiterem Aufenthalt von 9—15 Stunden bei Zimmertemperatur.

Frühwald-Chemnitz: **Veränderungen am Orificium internum urethrae bei Gonorrhoe der Frau.** Vortr. hat bei fast 1300 Endoskopien an 372 Kranken feststellen können, daß sich am Sphinkter, seltener vor oder hinter ihm, bei Gonorrhoe der Frau viel häufiger pathologische Veränderungen finden, als man annimmt. Er konnte sie in 42% der Fälle mit Harnröhrentripper finden. Die Veränderungen sind dreierlei Art: am frühesten, 4—6 Wochen nach Ansteckung, grobe Höcker als Ausdruck eines umschriebenen Ödems; diese können spontan schwinden; im 3. Monat kleine filiforme und glasig durchscheinende Effloreszenzen; im 4. Monat Polypen von verschiedener Größe, Ausdehnung und Form, fingerförmig, kegelförmig, hahnenkammartig, gegabelt, blumenkohlartig usw. Sie sind

Digitized by Google

mitunter Ursache für hartnäckiges Rezidivieren der Gonorrhoe. Doch kann man sie auch finden, wenn keine Gonokokken mehr vorhanden sind; ja sie können auch die Gonorrhoe nach ihrer Heilung überdauern. Bei 171 Kontrollfällen konnten die Veränderungen nur in vier Fällen gefunden werden, bei denen keinerlei Beziehung zu irgend einer gonorrhoischen Infektion festzustellen war. Ätiologisch spielt die Gonorrhoe wohl die wichtigste, aber nicht die einzige Rolle. Histologische Untersuchungen lassen es als möglich erscheinen, daß die Polypen aus präformierten Epithelnestern hervorgehen, die durch irgend einen Reiz (meistens Gonorrhoe) in Wucherung geraten.

Lennhoff und Kagelmann: **Mikroskopische Darstellung der Sporotrichose mit Hilfe von Jod.** In Fortsetzung früherer Arbeiten (mikroskopische Darstellung der Spirochäten mit Hilfe von Salvarsan und der Malariaplasmodien mit Hilfe von Chinin) wurde die mikroskopische Darstellung der Sporotrichose mit Hilfe von Jod versucht. Den Ausgangspunkt bildete dabei eine frühere Arbeit (Zur Theorie der Fibrinfärbung. M. Kl., 1910), in der nachzuweisen versucht wurde, daß die Gentiana-Jodmethode dadurch zustande kommt, daß das Jod ungesättigte Fettsäure oder deren Salze angreift. Zu derselben Anschauung ist neuerdings Schumacher gekommen. Kulturmaterial von Sporotrichose gibt Osmiumschwärzung, positive Fischlersche Fettsäurereaktion und bei Nilblaufärbung Blaufärbung, nach Extraktion mit fettlösenden Mitteln werden diese Reaktionen abgeschwächt oder negativ. Ebenso wird nach Extraktion mit fettlösenden Mitteln die Färbung nach Wälsch abgeschwächt bzw. unmöglich gemacht. Bringt man Objektträger mit Abstrichen von Sporotrichose über Joddämpfe und nachher in wäßrige Silberammoniumnitratlösung, so tritt keine Silberschwärzung ein, setzt man aber Arg.-nitricum-Lösung zu Anilinwasser und setzt Ammoniak bis zur ganz schwachen Opaleszenz zu, so tritt die Silberschwärzung an Sporen und Myzelien ein. Die Vorschrift für die Anilinsilberlösung lautet: Zu zwei Teilen Anilinwasser fügt man einen Teil 3%iger Arg.-nitricum-Lösung hinzu. Der dabei auftretende Niederschlag wird durch Zusetzen von Ammoniaklösung 0,5 auf 50 Aqu. dest. bis zur ganz schwachen Opaleszenz aufgehellt. Die Menge der zur Aufhellung nötigen Ammoniaklösung entspricht ungefähr der Menge der Silbernitratlösung. Dauer der Färbung 20 Minuten. Die Wirkung des Anilinzusatzes wird im Reagenzglasversuch demonstriert. Überschichtet man diese Anilinwasserargentumammoniaklösung mit ölsaurem Jod, so tritt Silberschwärzung ein, während diese ausbleibt, wenn man ölsaures Jod über wäßrige Ammoniaknitratlösung ohne Anilinwasser bringt. Extrahiert man Objektträgerausstriche mit fettlösenden Mitteln, bringt sie dann über Joddämpfe und nachher in die Anilinammoniaknitratlösung, so bleibt die Silberschwärzung aus, das Jodbindungsvermögen geht in den fettlösenden Mitteln verloren. Allein mit Anilinsilberammoniaknitratlösung tritt an Kulturmaterial keine Silberschwärzung ein. Bei Abstrichen von Abszessen sporotrichotischer Mäuse findet man aber einzelne silberschwärzende Sporen. Wenn man Mäuse allein mit Milch bzw. Milch plus Natriumthiosulfat füttert, so hat man den Eindruck, daß die Zahl der silberschwärzenden Sporen um so geringer wird, je länger die Tiere diese Fütterung aushalten. Aus den Versuchen, die noch nicht abgeschlossen sind, hat man den Eindruck, daß der Jodgehalt des Futters, eventuell auch ein Jodkörper der Thyreoidea, einzelnen Sporen die Fähigkeit verleiht, die Anilinsilberammoniaknitratlösung zu schwärzen.

Lennhoff: **Differentialfärbung zwischen Typhus- und Kolibazillen.** Untersucht wurden die Farbstoffe, die den üblichen Nährböden zur Differenzialdiagnose zwischen Typhus- und Kolibazillen zugesetzt werden. Am meisten bewährt Kristallviolett 1:20000, Stammlösung 1:1000, davon jedesmal weitere Verdünnung 1:20000. Dauer der Färbung eine Minute. Zur Herstellung der Farblösungen darf nur neutrales, kein saures Wasser verwandt werden. Typhus im ganzen intensiver als Koli gefärbt, unter den Kolibazillen wechselnd auch gefärbte Exemplare, aber weniger als bei Typhus. Diese Differenz der Färbbarkeit ist an länger fortgezüchteten Stämmen zu sehen. Läßt man Objektträgerausstriche vier Tage liegen, so nimmt die Färbbarkeit der Kolibazillen zu. Im hängenden Tropfen Kristallviolett 1:20000 ist die Beweglichkeit der Typhusbazillen durch die Färbung gut zu sehen und länger als bei Kolibazillen zu verfolgen. Auch hier wechselnd an Zahl bei Kolibazillen gefärbte Exemplare. Zuweilen bei Kolibazillen Bilder wie bei Agglutination.

Callomon-Dessau: **Zur Klinik und Serumtherapie des Erysipeloids.** (Erschien in der Derm. W.)

Benedek-Leipzig: **Über Schizosaccharomykosis.** Die Entdeckung der ersten menschenpathogenen Spalthefe — Schizosaccharomyces nov. spec. — durch den Vortr. ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert. Erstens gelang es hier das erstemal, eine Spalt-

Digitized by Google

hefe als Krankheitserreger in der humanen Pathologie festzustellen; zweitens ermöglicht dieser Parasit das erstemal, eine durch die botanischen Merkmale des Erregers wohlcharakterisierte Gruppe von den Blastomykosen abzutrennen, eine Gruppe, die die ätiologische Benennung „Schizosaccharomykosis" erhält; letztens gelang es zum ersten Male außerhalb der Tropen, in nördlichen Zonen, eine Spalthefe zu isolieren und sie weiterzuzüchten. Vortr. hat bisher 9 Fälle von Schizosaccharomykosis beobachtet, die das klinische Bild einer Intertrigo, Sycosis parasitaria, Dysidrosis, oberflächlichen Trichophytie oder ekzematiformer Effloreszenzen zeigten. Das Alter der Patienten lag zwischen 16. und 50. Lebensjahr, 2 Frauen und 7 Männer. Beruflich Arbeiter, Beamte, Hausfrauen. Ein einziges Mal — bei einem Konditorlehrling — ließ sich die Infektionsquelle nachweisen, und zwar konnte man aus der im Betriebe verwendeten Preßhefe die pathogene Spalthefe isolieren. Mikroskopisch zeigten sich runde oder ovale, oft doppeltkonturierte homogene Sporen im Nativpräparat von Schuppen. Das Haarinnere stets intakt. Bei Untersuchung der Haare eine dem Haarschaft anliegende gallertige Hülle, die beim Auflösen in KOH ungeheure Mengen von Sporen freiwerden ließ. Kulturell erhielt man bei 25—27° C am 2.—3. Tage grauweiße, runde, mattglänzende, typisch fadenziehende, sich wölbende Kolonien mit ganz eigenartigem, fadem Hefegeruch. Die Fortpflanzung geschieht durch Spaltung und Sporenbildung, letztere sehr früh und sehr reichlich. Mit dem Fortschreiten der Versporung nimmt die hellgraue Kultur eine immer dunklere Farbe an, bis sie schließlich schokoladenbraun erscheint. Histologisch ließen sich Hefeelemente in einem Hautabszeß nachweisen, aber ohne typische histologische Formel. Die Allergie ist in jedem Falle geprüft worden. Die intrakutane Probe mit Trichophytin Höchst war in jedem Falle negativ; mit Spalthefeextrakt — Schizosaccharomykosin — noch in einer Verdünnung von 1:10000 stark positiv. Die herangezogenen Kontrollfälle fielen negativ aus. Die Serodiagnostik nach Widal-Abrami ergab in jedem Falle eine positive Komplementfixation und eine positive Agglutination. Die Therapie ist schwierig, die Affektion ist sehr resistent. Eigenvakzine subkutan, topisch stark parasitizide Mittel (Cignolin) führten — manchmal allerdings erst nach vielen Rezidiven — zur Abheilung.

Kagelmann (Hautklinik): **Positive Salvarsanreizversuche bei Salvarsandermatitis. Phasenförmiger Verlauf von Jodreizversuchen in einem Falle von Dermatitis herpetiformis.** Dem früheren Bericht über 3 Fälle mit positiven Salvarsanreizversuchen bei Salvarsandermatitis (vgl. Zentralblatt, Bd. 19, S. 203) werden 2 weitere Fälle hinzugefügt, bei denen ebenfalls erst in der 9. bzw. 11. Woche nach der letzten Salvarsaninjektion die Hautprüfungen mit Salvarsan positiv ausfielen. Ein phasenförmiger Verlauf von Hautfunktionsprüfungen konnte auch in einem Falle von Dermatitis herpetiformis mit fixer Lokalisation beobachtet werden. Hier wurde bei Hautreizversuchen mit Jod- und Bromkalivaselin bzw. -lanolin mehrmals innerhalb weniger Tage bzw. Wochen ein Wechsel zwischen positivem und negativem Ausfall festgestellt. (Vgl. Naegeli: Schweizer m. W., 1926, Nr. 15.)

Schwarzschild (Hautklinik): **Beiträge zur Überempfindlichkeitsfrage aus der Orthoformreihe.** Im Anschluß an zwei Fälle mit Dermatitis nach Anästhesin wurden Untersuchungen über Entstehung der Reizwirkung des Anästhesins und der Körper der „Orthoformreihe" angestellt. Dabei konnte bei 35 Patienten in 34,29% bzw. unter Nichtberücksichtigung der Ergebnisse auf der Puellenstation, die sehr unsicher waren, in 45,45% mit Orthoform durch tägliches Verbinden der gleichen Hautstelle mit 10%iger Orthoformvaseline eine „spezifische Sensibilisierung von außen gegen von außen" erzielt werden. In $^3/_4$ dieser Fälle handelte es sich um Sensibilisierung der Gesamthaut von dieser Hautstelle aus, in $^1/_4$ um lokale Sensibilisierung. Die Dauer der zur Sensibilisierung erforderlichen Zeit betrug 10—71 Tage. In 3 Fällen konnten wir einen zyklischen Verlauf der Orthoformdermatitis feststellen, indem auf die experimentell erzeugte „positive Phase" eine „negative" und erst nach mehr oder weniger langer Zeit wieder eine „positive Phase" folgte. Die Orthoformdermatitis konnten wir nur vom intakten Epithel aus auslösen. Übertragungen der Orthoformüberempfindlichkeit auf Gesunde nach Praussnitz und Küstner, ferner Komplementablenkungsreaktionen fielen negativ aus. Weiterhin wurde festgestellt, daß Patienten, die gegen Orthoform (und Orthoform nov.) überempfindlich sind, im allgemeinen nicht überempfindlich sind gegen Anästhesin, Zykloform und Propäsin und ebenso umgekehrt. Ob die Hydroxylgruppe im Orthoform und Orthoform nov., die in den drei anderen Körpern fehlt, für das differente Verhalten entscheidend ist, konnte nicht ganz sicher ermittelt werden.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Russkii Westnik Dermatologii

1926, Bd. 4, Nr. 9

Über die gummösen Erkrankungen des unteren Abschnitts des Dickdarms und Afters, von S. Jakowleff. 3 Fälle von gummösen Veränderungen des Dickdarms mit Bildung von Strikturen. In allen Fällen wurden gute Erfolge durch eine kombinierte Wi-NS-J-Behandlung erreicht.

Ein Fall von Lepra des Nebenhodens, von J. Braul. Entwicklung einer Hydrozele bei einem makulös anästhetischen Leprösen, beruhend auf Epididymitis leprosa.

Zur Ätiologie des Angiokeratoma Mibelli, von Ustinowsky. 22jähr. Armenier, 8 Jahre krank. Livide Flecke und Papeln mit stellenweiser Hypertrophie der Hornschicht auf den Rückenflächen der Finger und Zehen. Kongenitale Tuberkulose.

Über den diagnostischen Wert der Hautreaktion beim Ulcus molle, von Kritschewsky und Sinelnikow. Die Verff. wandten zum Zweck der Hautreaktion die sog. „Pusvakzine" an, d. h. den unter aseptischen Kautelen aus dem Bubo von Ulcus molle gewonnenen Eiter, welcher nach zehnfacher Verdünnung mit physiologischer Kochsalzlösung 2 Stunden lang bei 60° erwärmt worden war. Von 18 Kranken mit Ulcus molle ohne Bubonen gaben 14, von 17 Kranken mit Bubonen 15 ein positives Resultat. Die Reaktion wird von den Verff. als spezifisch angegeben, da Kontrollversuche negativ ausfielen.

Die Wismuttherapie auf Grund eigener Erfahrungen, von A. Popowa-Blum und S. Bogdanow. Das russische Präparat Bijochinol steht den ausländischen Präparaten nicht nach.

Zur Behandlung des Lichen ruber planus mit Jodsalzen, von Sakrepa. Mit großem Erfolge gab Verf. in 9 Fällen von Lichen ruber planus NaJ.

Die Behandlung des Trippers mittels Joddämpfen, von Bilim. Verf. empfiehlt die Behandlung der Blennorrhoe bei Frauen mittels Joddämpfen nach der im Jahre 1913 angegebenen Methode von Saudek.

Ein Fall von Purpura rheumatica mit nachgewiesenen Stäbchen im Blut, von A. Borissowa. In einem Falle von Purpura rheumatica bei einem 14jährigen Knaben konnte Verf. im Blutausstrichpräparat, die nach Giemsa gefärbt wurden, gekörnte Stäbchen und auch Kokken nachweisen. Auf Agar-Glukosenährböden wuchsen dieselben Stäbchen, Kokken, Diplokokken und sarzineähnliche Gebilde.

Ein durch Röntgenbestrahlung geheilter Fall von Lymphangioma circumscriptum, von Bychowsky.

Ein Fall von rechtsseitiger syphilitischer Epididymitis zu Beginn der sekundären Periode, von Zakse. Es handelt sich um einen Fall von akuter Epididymitis s., 2 Monate nach Infektion mit Syphilis, bei fehlenden Zeichen von Blennorrhoe.

1926, Bd. 4, Nr. 10

Zur Frage der pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Porokeratosis Mibelli (Hypereleidosis Martinotti). Zwei Fälle von Porokeratosis von P. Pawloff. Nach Verf. können die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Porokeratosis Mibelli sowohl in dem epidermoidalen Teil der Ausführungsgänge der Schweißdrüsen und in den Follikelöffnungen als auch unabhängig von denselben in der Epidermis lokalisiert sein. Da bei dieser Erkrankung die Hypertrophie des Str. lucidum eine wesentliche Rolle spielt, wie Martinotti bereits hervorgehoben hat, so wäre die Bezeichnung Hypereleidosis excentrica atrophicans der bisherigen vorzuziehen.

Zur Frage der Ätiologie und Pathogenese der Nodositas juxtaarticularis, von A. Feldmann, Bratzlawsky und Faingold. Die juxtaartikuläre Nodositas ist ein

Digitized by Google

Syndrom von eigenartigem klinischem Bilde. Die Erkrankung wird nicht nur in tropischen und subtropischen Ländern, sondern, wenn auch seltener, in Europa beobachtet. Als Ursache ist Syphilis, mitunter auch Framboesie anzusehen. Histologisch handelt es sich um fibröse Gummen. Die beiden beschriebenen Fälle bilden typische Beispiele dieser Erkrankung.

Über den Zusammenhang von Hautkrankheiten mit dem inkretorischen und vegetativen Nervensytem, von Sirota und S. Rabinowitsch. In 4 Fällen von Alopecia areata, 3 Fällen von Psoriasis vulgaris, 1 Fall von Alopecia areata bei einem Psoriatiker, 2 Fällen von Pruritus cutaneus und einem Falle von Ekzem konnten Verff. Störungen im vegetativen und inkretorischen Nervensystem konstatieren.

Die Ergebnisse der Versuche von Anwendung von Pilokarpin, als Provokationsmittel, zum Nachweis von Gonokokken bei Gonorrhoe des Harnkanals, von A. Dimitriew. Das Pilocarpin. muriatic, injiziert zu 5—6 ccm einer Lösung von 0,5:1000 in die Urethra, ruft eine Hypersekretion der Urethraldrüsen als auch eine Hyperämie der Schleimhaut hervor und verstärkt die Exsudation. Es kann als sehr einfaches Provokationsmittel für die Gonokokken angewandt werden.

Versuch der Syphilisbehandlung mit dem russischen Stovarsolan, von Perkel Das Präparat wurde in 20 Fällen von Syphilis in der Tagesdosis von 0,5—1,0 und in der Gesamtdosis von 10,0—37,0 gegeben. Der therapeutische Effekt steht demjenigen des NS wenig nach, aber in 85% der Fälle wurden verschiedene Nebenerscheinungen beobachtet (Temperatursteigerung, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen in der Magen-Lebergegend, auch Krämpfe, Albuminurie, Zylindrurie und Exantheme).

Lichen microsporicus Arzt-Fuhs, von Braude und Per. Beschreibung einer derartigen Beobachtung bei einem 5jähr. Mädchen 2 Wochen nach der Röntgenbestrahlung. Nachweis von Microsp. lanosum.

Zur Ätiologie des Asthma bronchiale, von B. Lewina. In dem beobachteten, langjährigen Fall von Bronchialasthma bei einer 68jähr. Frau mit stark positivem Wassermann wurde nach den verschiedensten therapeutischen Maßnahmen eine spezifische Kur versucht, welche einen völligen Schwund der Anfälle hervorrief.

Ein Fall von Leishmaniosis der Haut, von L. Slutzky. Das Leiden begann bei dem Pat. 2 Monate nach Verlassen von Aschabad, einem Herde von Ulc. tropicum.

A. Jordan-Moskau.

Venerologia und Dermatologia

Moskau 1926. Nr. 5

Die Syphilis als ätiologischer Faktor eines vorzeitigen Klimakteriums, von A. Kahn und N. Smelow. Bei 5 von den Verf. beobachteten Syphilitikerinnen trat das Klimakterium 1mal im 25., 2mal im 29. und je 1mal im 30. bzw. 35. Lebensalter ein. Die Menopause bestand bei Untersuchung der Kranken mindestens 2 Jahre.

Die funktionelle Prüfung der Leber bei Syphilis, wie bei Salvarsanikterus und ihre Bedeutung zur Vorbeugung der schädlichen Wirkung des Salvarsans, von Ismail-Sade. Bei Syphilis kann sehr häufig, selbständig oder infolge von Behandlung mit NS, eine Funktionsstörung der Leberzellen eintreten, was sich zuerst durch das Auftreten von Bilirubin im Blutplasma kundtut. Diese Hyperbilirubinämie muß als Resultat einer zeitweiligen funktionellen Störung der Leberzellen angesehen werden, die zum Schluß der Salvarsanbehandlung zunimmt.

Über Arthropathien nach Salvarsan, von Kaplun. 3 Fälle von multiplen Gelenkschwellungen nach kombinierter Bi-NS-Behandlung, welche Verf. dem Salvarsan zuschiebt.

Blutgerinnung bei Syphilis im Zusammenhang mit Neosalvarsaninjektionen, von Kassandrow. Verf. stellte bei Syphilitischen im 1. und 2. Stadium Untersuchungen über das Gerinnen des Blutes nach der Methode von Grimbert an und konstatierte nach der ersten NS-Injektion eine langsamere Gerinnung des Blutes, während die folgenden Injektionen ohne merklichen Einfluß blieben.

Der Symptomenkomplex der zerebrospinalen Meningitis als Nebenerscheinung nach intravenösen Neosalvarsaninjektionen, von W. Feldmann. Bei einer 23jähr. Kranken mit Lues latens traten 25 Stunden nach der 2. Injektion von 0,45 Neo-

Digitized by Google

salvarsan (russisches NS-Präparat) Kopfschmerzen, Nackenrigität, Erbrechen, Retentio urinae wie des Stuhles und Spannung des Kniegelenkes auf. Nach 10 Tagen schwanden die Erscheinungen, entwickelten sich aber 27 Tage nach der 3. Injektion von 0,3 NS wieder.

Ein Fall von Syphilis, der sich Bismut und Neosalvarsan gegenüber refraktär verhielt und dem Kranken beinahe die Zunge kostete, von M. Rjabinowsky. Da eine kombinierte Bi-NS-Behandlung den harten Schanker der Zungenspitze nicht besserte, wollte man schon denselben als Krebs deuten und eine Amputation der Zunge vornehmen. Es wurde noch eine energische Hg-Kur versucht, welche Heilung brachte.

Ein Fall von Reinfectio syphilitica, von Mamissoff. 29jähr. Kranker. 1. Infektion mit Lues zu Anfang des Jahres 1923, welche mit 5 kombinierten Hg-NS-Kuren behandelt wurde und zu dauerndem negativem Wassermann führte. 2. Infektion im November 1925 durch Ansteckung von der eigenen, vom Kranken früher infizierten Frau.

Fall einer doppelten Vagina und doppelten Gebärmutter bei einer Kranken mit angeborener Syphilis, von Dewojanz.

Ein Fall von hartem Schanker des Septum nasi, von Babajanz.

Zur Frage der nach doppelten Komedonen auf der Haut nachbleibenden Narben, von Woronow. Angeregt durch die Beobachtung von punktartigen Aknekomedonen bei einem Maschinenarbeiter, welche im Gegensatz zur Acne conglobata ohne Eiterungsprozeß Narben hinterließen, untersuchte Verf. diesen und ähnliche Fälle histologisch. Hierbei zeigte sich eine intensive Wucherung des vielschichtigen Epithels. Die Wucherung beginnt meist im Ostium folliculare, wobei sich Hornzysten bilden, und es später zur Atrophie der oberen brückenartig veränderten Hautschicht kommt. Als Ursache der Erkrankung sieht Verf. eine durch Maschinenöl und mechanischen Staub verursachte Reizung an.

Ergebnisse des Untersuchungsbefundes bei Maschinisten in bezug auf Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Memorski. Bei 227 gesunden, zur Untersuchung berufenen Lokomotivführern fanden sich recht häufig Anzeichen von Ekzemen, Erythrasma, Impetigo usw. Als richtige professionelle Krankheit derselben sind aber Klavi der Hände anzusehen, welche oft mit Hygromen verbunden sind. Aber auffallend war, daß 7% der Lokomotivführer an Tabes dorsalis litten.

Zum klinischen Bilde der Hautveränderungen und zur Pathogenese der Erythrämie Vaquez, von Sutejew. Beschreibung der Hautveränderungen bei 2 Fällen von Erythrämie Vaquez, gekennzeichnet durch erythematöse und pigmentierte Flecken, hauptsächlich im Gesicht, aber auch auf dem Bauch und den Extremitäten, dunkelrote Färbung der Schleimhaut des Mundes und der Zunge, erweiterte Gefäßnetze auf dem harten und weichen Gaumen, aufgelockertes und leicht blutendes Zahnfleisch. Es erwies sich ferner die Nasenschleimhaut geschwollen und injiziert, desgleichen die Schleimhaut der äußeren Geschlechtsorgane stark gerötet. Histologisch: Erweiterung der Kapillaren und kleinen Blutgefäße, stellenweise Blutaustritte, um die Gefäße Zunahme der Zellen, bald vom Typus der Fibroblasten, bald der lymphoiden Zellen, in geringer Zahl Plasmazellen und eosinophile Zellen.

Zur Anwendung intravenöser Bromnatriuminjektionen bei einigen Dermatosen, im besonderen bei Ekzem, von Per und Ratner. Verff. können bestätigen, daß die Brominjektionen bei einigen juckenden Dermatosen, speziell beim akuten Ekzem, als ein sehr wertvolles Hilfsmittel anzusehen sind.

Beobachtungen über die intravenöse Anwendung des Broms bei Behandlung des Ekzems und einiger anderer Dermatosen, von Geft. Nach Verf. hat das Brom bei der Ekzembehandlung keine Vorzüge vor den sonstigen symptomatischen Mitteln.

Zwei Fälle von heterogener Hypertrichose, von Offenhend. Nach Verf. beruhten diese beiden Fälle auf Störungen der Geschlechtsdrüsen.

Kriterien über Ausheilung der Gonorrhoe, von Timofejeff. Die Provokationsmethode genügt nicht, um die Ausheilung der Gonorrhoe zu bestimmen, sondern es sind für die einzelnen, von derselben betroffenen Organe spezielle Untersuchungen nötig. Die Heilung der vorderen Urethra muß durch das Urethroskop festgestellt werden, diejenige der hinteren Harnröhre durch das Fehlen der klinischen Erscheinungen, unter Zuhilfenahme der Palpation derselben durch den Dickdarm; diejenige der Prostata durch die Palpation und die bakteriologische Untersuchung des Prostatasekrets; diejenige der Samenbläschen durch die Palpation, Sekretunter-

Digitized by Google

suchung und Bordet-Gengousche Reaktion; endlich diejenige der Nebenhoden durch Palpation, Provokationsdosis der Gonokokkenvakzine und Bordet-Gengousche Reaktion.

Die Spermokultur als diagnostisches Mittel bei Gonorrhoe, von Brodsky und Leites. Verff. stellten bei 43 Personen, welche teils eine latente Blennorrhoe, teils eine chronische postblennorrhoische Urethritis hatten, teils als gesund entlassen waren, Untersuchungen des Sperma auf Gonokokken an, wobei sie in 4 Fällen solche nachweisen konnten.

Über die Doldsche Trübungsreaktion, von Brussilowskaja-Tertitzkaja. Unter 345 untersuchten Fällen wurde in 96% eine vollkommene Übereinstimmung mit der WR, in 2% eine unvollkommene Übereinstimmung und in weiteren 2% geringe Verschiedenheiten von derselben nachgewiesen.

Vergleichung der Kahnschen Reaktion mit der Wassermannschen Reaktion, der Bruckschen Kältereaktion und der Sachs-Georgischen Reaktion, von Bojewskaja. Die Kahnsche Reaktion ist klinisch gleichwertig der SGR, jedoch schwächer als die Brucksche Kältereaktion und steht der WR nach.

Die Aufgaben der Dispensaire auf dem Lande zur Bekämpfung der Syphilis, von Tapelson. Aufklärende Vorträge und Unterhaltungen finden bei den Bauern großen Beifall.

Die Grundfaktoren der sozialen Bedeutung der Gonorrhoe, von Landa. Hervorhebung der Bedeutung der chronischen Blennorrhoe für die Übertragung, ferner des Einflusses der Blennorrhoe auf die Geschlechtsfunktionen, der Notwendigkeit, die Behandlung der Blennorrhoe nicht nur in der Stadt, sondern auch auf dem Lande allen zugänglich zu machen und in prophylaktischer Hinsicht durchzusetzen, die Befreiung der Kranken von der Arbeit und von ihnen im akuten Stadium zu verlangen, das Bett zu hüten.

Ein Versuch der geschlechtlichen Untersuchung der halbwüchsigen Obdachlosen in Odessa, von Krizmann und Levinson. Von den, im Alter von 14—18 Jahren stehenden 94 untersuchten Insassen eines Heimes für Obdachlose in Odessa gaben 48,7% als Grund des Auftretens der ersten geschlechtlichen Empfindungen den Einfluß der Kameraden an. Es machten sich die ersten geschlechtlichen Empfindungen geltend: im Alter von 6—10 Jahren bei 21%, in dem von 10—14 Jahren bei 29,7% und endlich in dem von 14—17 Jahren bei 19,4%.

Der erste Kongreß zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten im Wolgagebiet, von W. Bronner. A. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen

Taschenbuch der Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an den Berliner, Wiener und anderen deutschen Kliniken. Herausgegeben von M. T. Schnirer. 23. Ausgabe. Preis M. 4,40. Verlag von Kurt Kabitzsch, Leipzig 1927. Das handliche Buch ist ein alter Bekannter, der sich in neuer Auflage den Fortschritten der Forschung und Erfahrung angepaßt hat, ohne dadurch seinen früheren Umfang zu überschreiten. Das kleine Buch ist ein gedrängtes Kompendium der gesamten praktischen Medizin, das zu schneller Orientierung auch dem Dermatologen und Syphilidologen in seinem engeren Gebiete etwas ferner liegenden Fragen, aber auch auf dem Fachgebiete zur Auffrischung des Gedächtnisses bei der Fülle der therapeutischen Neuerungen gute Dienste leisten kann. E. Levin-Berlin.

Über das Kongenitalitätsproblem der Syphilis, von C. Hochsinger-Wien. (Preis R.M. 2,40. Verlag S. Karger, Berlin 1926.) H. vertritt auch heute noch den von ihm bereits 1898 präzisierten Standpunkt, daß es „eine Lues congenita rein väterlichen, also spermatogenen Ursprungs, gibt, bei welcher die Mutter luesfrei bleiben kann". Durch die Entdeckung des Syphiliserregers, der Seroreaktion sowie der experimentellen Affen- und Kaninchensyphilis sind die strittig gebliebenen Probleme in keiner Weise geklärt worden, besonders ist die Grundfrage der Pathogenese der Lues congenita keiner Erledigung zugeführt worden, und der Hauptgrund für dieses Negativum liegt in dem Versagen der Experimente, durch Kopulation kongenitale Lues bei Tierföten zu provozieren. H. nimmt für das Zustandekommen der paternen Syphilisübertragung „eine durch das Sperma vermittelte Übertragung eines sporenartigen, inaktiven Erregers an"; von diesem Erreger, der zunächst

Digitized by Google

längere Zeit im Ruhezustand verharrt, glaubt H., daß er im Laufe der späteren Fötalmonate oder auch erst im postfötalen Leben zur Entfaltung und Virulenz gelangt. Eine Reihe interessanter Beobachtungen stützen zum Teil die vertretenen Anschauungen, sind aber andererseits nicht beweiskräftig genug; jedenfalls ist die kleine Schrift außerordentlich lesenswert und präzisiert scharf umrissen die Ansicht von der germinativen Übertragung der Lues. M. Cohn-Dresden.

Paralyseestudien bei Negern und Indianern, von F. Plaut-München. (Preis R.M. 9,60. Verlag J. Springer, Berlin 1926.) Die Arbeit behandelte die Ergebnisse einer etwa 1/4 Jahre dauernden Forschungsreise, die der Psychiater Kraepelin und Verf. 1925 unternahmen. Die Reise erstreckte sich vom Osten zum Westen der Vereinigten Staaten, durch Mexiko nach Cuba und über Florida nach New York. Die nordamerikanischen Neger der Vereinigten Staaten sind zur Zeit ebenso anfällig für Paralyse wie die Weißen. Angeblich ist bei ihnen früher Paralyse sehr selten gewesen. Es hat keine Wahrscheinlichkeit für sich, daß die Neger erst durch Blutvermischung für die Paralyse empfänglich geworden sind. Die Syphilis als solche hat seit der Emanzipation unter den Negern enorm zugenommen, weshalb auch jetzt Paralyse bei Negern, und besonders bei Frauen, erheblich häufiger ist als bei den entsprechenden Geschlechtern der weißen Bevölkerung. Auffällig selten scheint heute noch im Gegensatz zur Paralyse die Tabes dorsalis bei Negern zu sein. Zerebrospinale Syphilis sei erheblich häufiger als bei Weißen. Der Verf. setzt jedoch Zweifel in das aus der amerikanischen Statistik hervorgehende 3—4mal häufigere Auftreten von Hirnlues als bei Weißen. Ein kurzer Besuch bei den Negern in Cuba stellte im Gegensatz zu den Befunden in den Vereinigten Staaten trotz sehr reichlichen Vorkommens von Syphilis eine auffällige Seltenheit der Paralyse fest. In Habanna kommt die Paralyse bei den Weißen viel häufiger als bei Negern vor. Es hat den Anschein, als ob früher die Paralyse in Habanna häufiger war als heute. Bei den Indianern der Vereinigten Staaten von Nordamerika ist Syphilis häufig. Es soll die Syphilis bei gewissen Stämmen auffällig symptomenarm verlaufen, obwohl bei 10% positive WR gefunden wird. Sehr selten sind tertiäre Siphiliserscheinungen. Danach kann man wohl sagen, daß ein starkes Hervortreten von Haut- und Knochensyphilis als Paralyseschutz nicht in Betracht kommt. Paralyse ist trotz relativ hoher Syphilisation recht selten. Fehlende antisyphilitische Behandlung scheint aber nicht als Grund für die Seltenheit der Paralyse in Frage zu kommen, weil in manchen Distrikten ausgiebige Therapie betrieben wird. Daß besondere Infektionskrankheiten Schutz vor Paralyse verleihen, scheint auch nicht stichhaltig, da auch in Gegenden, wo Malaria und Pocken selten sind, kaum Paralysen gefunden wurden. Die Verhältnisse sind von einer endgültigen Klärung noch weit entfernt. Das gilt auch von Untersuchungen an Indianern in Mexiko, wo sich sehr viel Syphilis vorfindet. Die Kranken der dortigen Irrenanstalt reagierten abzüglich der wegen Syphilis geisteskrank Gewordenen in 14,3% der Männer und 24,4% der Frauen wassermannpositiv. Trotzdem ist die bei anscheinend reinblütigen Indianern nicht selten vorkommende Paralyse bei Männern häufiger als bei Frauen. Mischlinge zwischen Indianern und Weißen erkranken nicht häufiger als die angeblich reine Rasse. Im ganzen kann man sagen, daß sich die Paralyse bei den großstädtischen mexikanischen Indianern an Häufigkeit nicht von der in städtischen Anstalten Nordamerikas und Europas unterscheidet. Erscheinungsbild und Verlaufsweise der Paralyse und Hirnlues sind durchaus ähnlich den hiesigen Verhältnissen. In einem letzten Kapitel wird die Hypothese, daß die Schutzpockenimpfung die Entwicklung der Paralyse begünstige, an Hand verschiedener Beobachtungen an pockennarbigen Indianern und impfnarbenfreien Indianerparalytikern zurückgewiesen. Gleichzeitig wird an Hand der Verhältnisse in Cuba festgestellt, daß die Paralyse, die anscheinend vor Einführung der Pockenimpfung häufiger war, sich bei den Negern jetzt, wo ein Impfgesetz besteht, kaum findet. W. Kirschbaum-Hamburg.

Précis des maladies vénériennes (Grundriß der Geschlechtskrankheiten), von M. Carle und J. Lacassagne. (3. Aufl., Verlag G. Doin & Cie., Paris.) Zum ersten Male nach dem Kriege erscheint der in Frankreich sehr verbreitete Grundriß in neuer Auflage. In ihr sind die Fortschritte der letzten 14 Jahre kritisch und mit Auswahl des Wesentlichen berücksichtigt: bei der Blennorrhoe die Vakzinetherapie, bei der Lues die Bedeutung der Spirochäten, der Arsenikalien, des Wismuts und der Drüsen mit innerer Sekretion. Seine besondere Aufmerksamkeit hat Lacassagne der kongenitalen Lues zugewandt und sich für ihre Darstellung die neuesten Forschungen

Digitized by Google

zunutze gemacht. Auch der deutsche Leser wird das Buch mit Interesse und Vorteil lesen, wenn auch die Auffassung theoretischer Gesichtspunkte oft von der der deutschen Schule abweicht. Vielleicht gerade darum! Jedenfalls ist die Darstellung des klinischen Stoffes ausgezeichnet und erfüllt ihren Zweck, dem Studierenden und dem Praktiker ein Führer zu sein, aufs beste. Das Buch ist umfangreich genug, um alles Wesentliche zu bieten und vermeidet dadurch die Nachteile kleiner Kompendien. Die 8 bunten Tafeln, die zum Teil Moulagen wiedergeben, sind sehr gut, die 44 sonst in den Text eingestreuten Bilder weniger, ebenso wie die äußere Ausstattung, das Papier, auf dem das Werk gedruckt ist. Doch ist zu bedenken, daß das Buch mit seinem Preise von 70 Fr. sehr wohlfeil ist und auch unsere deutschen Bücher während unserer Inflationszeit an demselben Übelstande gekrankt haben.

E. Sklarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

b. Pathologie und Klinik

Paralysie isolée de l'oculo-moteur externe liée probablement à l'hérédo-syphilis (Isolierte Lähmung des Oculomotorius externus, wahrscheinlich auf Grundlage einer kongenitalen Syphilis), von L. Babonneix und J. Mornet. (Gaz. Hôp., 1926, Nr. 86, S. 1381.) Isolierte Okulomotoriuslähmungen werden im allgemeinen auf Syphilis bezogen. In dem hier beschriebenen Falle eines 11jähr. Mädchens können für Syphilis congenita folgende Erscheinungen in Anspruch genommen werden: stark vorspringende Stirnhöcker, Narben um den Mund herum, herrührend von Ulzerationen nach der Geburt, mit denen gleichzeitig Coryza bestanden hatte, Drüsenschwellungen. WR bei dem Kinde und dem Vater negativ. E. Levin-Berlin.

Vakzination und Paralyse, von K. Arnold und M. Kopp-München. (D. m. W., 1926, Nr. 43, S. 1816.) Die experimentelle Nachprüfung der von Daraskiewicz aufgestellten Behauptungen haben keine Anhaltspunkte dafür erbracht, daß die vakzinale Immunität oder die Symbiose des Vakzinevirus mit dem Erreger der Syphilis die Paralyse herbeiführe. Auch die Versuche, virulizide Antikörper im Gehirn nach ausgedehnter kutaner Impfung nachzuweisen, fielen negativ aus. F. Harry-Wiesbaden.

Le tabès hérédo-syphilitique de l'adulte (Tabes auf Grundlage kongenitaler Syphilis bei einem Erwachsenen), von R. Targlowa und A. Lamache. (Progr. m., 1926, Nr. 47, S. 1749—1750.) Die erst im späteren Alter bei kongenitaler Syphilis auftretenden Fälle von Tabes sind seltener als die von Paralyse. Es handelt sich hier um eine Tabes fruste. Für Syphilis sprechende Erscheinungen bestehen in Fissuren der Zunge, stark gewölbtem Gaumen, leichter Lymphozytose im Liquor. WR in ihm und im Blut negativ. Erworbene Syphilis wird mit Rücksicht darauf, daß Pat. noch Virgo ist, ausgeschlossen. E. Levin-Berlin.

Degree of Mental Deficiency Resulting from Congenital Syphilis (Der Grad geistiger Defekte als Folgeerscheinung kongenitaler Syphilis), von N. A. Dayton-Boston. (J. Am. Med. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 12, S. 907.) Vergleichende statistische Studie. Die Intelligenzprüfung von 61 Pat. mit geistigen Defekten und kongenitaler Lues ergab bessere Resultate, als die bei 1956 aus anderen Ursachen Schwachsinnigen. Vom quantitativen und qualitativen Gesichtspunkt aus hält der Verf. die kongenitale Lues keineswegs für einen prominenten Faktor für das Zustandekommen geistiger Defekte. Verf. scheint Schwachsinn bei + WR als auf kongenitaler Lues beruhend, Schwachsinn bei — WR als aus anderen Ursachen entstanden anzunehmen. F. Jacobsohn-Berlin.

c. Ätiologie und Diagnose

Weitere Beobachtungen bei der kombinierten Nagana-Rekurrensinfektion, von H. Th. Schreus, Med.-akadem. Hautkl. Düsseldorf. (Kl. W., 1926, Nr. 44, S. 2070.) Impft man Rekurrensmäuse, bei denen die Erkrankung bereits im Erlöschen ist bzw. bei denen eine völlige Immunität und dabei eine latente Organinfektion besteht, mit Naganaerregern, so bekommt man in einem verhältnismäßig hohen Prozentsatz ein Wiederauftreten der Rekurrenserreger im Blute. Und zwar fand der Verf., daß bei

Digitized by Google

Rekurrensmäusen bis zum 14. Tage p. inf. in 100% ein manifestes Rezidiv erschien, bei Superinfektion mit Nagana um den 20. Tag p. inf. in rund 35%, dagegen ließ sich jenseits des 30. Tages p. inf. durch die Naganasuperinfektion kein Rezidiv mehr hervorrufen. Als Ursache für diese Erscheinung kann man entweder annehmen, daß durch die Naganainfektion die bereits bestehende Rekurrensimmunität so geschwächt wird, daß die Rekurrensspirochäten wieder im Blute erscheinen, oder man muß eine direkte oder indirekte Beeinflussung der beiden Erreger für wahrscheinlich halten, wodurch eine solche Veränderung in dem biologischen Verhalten der Rekurrensspirochäten verursacht wird, daß sie wieder im Blute manifest werden. E. Langer-Berlin.

Die experimentelle Erzeugung kongenitaler Syphilis, bisherige Erfahrungen und eigene Versuche, von R. Fischl-Prag. (M. Kl., 1926, Nr. 49, S. 1888—1890, Nr. 50, S. 1927—1928.) Der sehr eingehende Überblick über die bisherigen Forschungen zeigt, daß die Ergebnisse sehr widersprechend gewesen sind. Der Bericht über eigene Infektionsversuche ergibt auch keine positiven Resultate; Belegungsversuche bei Kaninchen mit an den Genitalien infizierten Böcken führten nicht zu zu verwendenden Schwangerschaften, Infektion gravider Tiere auf intravenösem Wege in der Mitte der Schwangerschaft übte keinen nachweislichen Einfluß auf den Wurf aus. E. Levin-Berlin.

Beiträge zur experimentellen Syphilisforschung: C. Superinfektion an der Skrotalhaut und am Hoden bei Kaninchen nach vorausgegangener „stummer" Erstinfektion, von P. Manteufel und A. Richter, Bakt. Abt. Reichsgesundheitsamt. (D. m. W., 1926, Nr. 50, S. 2113.) Die sogenannte stumme Infektion mit Syphilisvirus scheint beim Kaninchen keinen Schutz gegen Reinfektion mit dem homologen Virus zu erzeugen. Die etwa 3 Monate nach der intravenösen Erstinfektion folgende Perkutan- und Intratestesinfektion ergab bei 4 von 5 Kaninchen voll entwickelte Erscheinungen an den Impfstellen. Der bei manifester Infektion auftretende Umschlag der negativen in eine positive Reaktion wurde bei der erscheinungslos verlaufenden Infektion nicht beobachtet. F. Harry-Wiesbaden.

d. Serologie

Der Nachweis mütterlicher und kongenitaler Lues, von E. Kiene und A. Mahnert, Univ.-Frauenkl. Graz. (Zbl. f. Gynäkol., 1926, Nr. 46, S. 2930.) Für die Durchführung der Luesdiagnose bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen stellen Verff. auf Grund ihrer Untersuchungen folgende Forderungen auf: 1. Verwendung einwandfreien Komplements von sicher nicht graviden Tieren; 2. außer der WR Anstellung einer zweiten Reaktion, und zwar keiner Fällungsreaktion, da während der Gravidität sowohl Eigenhemmungen als auch Extrakthemmungen vorkommen, die nicht mit Lues zusammenhängen; 3. sind die Untersuchungen sowohl ante als auch post partum anzustellen, weil das Serum auch von luetischen Wöchnerinnen häufig negative Reaktionen geben kann; 4. ist in zweifelhaften Fällen die Nabelschnur und die Plazenta auf Spirochäten und Gefäßveränderungen zu untersuchen. Für die Erkennung der Infektion des Fötus verlangen die Verff. bei luesverdächtigen Säuglingen die wiederholte Anstellung von Seroreaktionen innerhalb von 8—10 Wochen, und bei Fehlen von klinischen Erscheinungen und bei negativen Seroreaktionen eine Röntgenuntersuchung, die vor dem 3.—4. Monat vorzunehmen ist, da später Veränderungen an den Röhrenknochen auch durch die Barlowsche Krankheit und die Rachitis bedingt sein können.
F. Landauer-Berlin.

Verkannte Syphilis, von H. Hecht-Prag. (D. m. W., 1926, Nr. 46, S. 1933.) Verf. berichtet über zahlreiche falsch diagnostizierte Fälle. Besonders sind es Fälle von Gelenkerkrankung, Magengeschwür, ferner solche von sogenannter Neurasthenie mit unbestimmten Beschwerden, bei denen verabsäumt wird, nach Syphilis als Ursache zu forschen. Zu jeder klinischen Untersuchung gehört ebenso wie eine Harn-, Herz-, Lungenuntersuchung ausnahmslos die Seroreaktion, die nicht nur mit inaktivem, sondern auch mit aktivem Serum angestellt werden muß. Die Aktivmethode ist empfindlicher und bewährt sich besonders zur Aufdeckung latenter Lues. Sie gibt mindestens 13% mehr positive Resultate als die WR. F. Harry-Wiesbaden.

Beiträge zur Frage des serologischen Luesnachweises. 5. Mitteilung. Vorschläge zu einer weiteren Abänderung der amtlichen Anleitung für die Ausführung der Wassermannschen Reaktion, von G. Blumenthal, Serolog. Abt. Institut „Robert Koch". (M. Kl., 1926, Nr. 51, S. 1964—1966.) Neben der Zuverlässigkeit der Untersuchungsmethoden ist möglichste Vereinfachung anzustreben. Für den Vorversuch wird die Technik mit Bestimmung der Ambozeptorgebrauchsdosis auf Grund einer

Digitized by Google

doppelten Ablesung vorgeschlagen. Es empfiehlt sich Luesleberextrakt mit Meerschweinchenherzextraktzusatz. Modifikation der WR mit nur einem (dem vorhergenannten) Antigen, aber mit zwei verschiedenen Dosen (1/10 und 1/15) Komplement bei gleichzeitiger Ausführung einer Sedimentierungsreaktion. E. Levin-Berlin.

Ist es besser, wenn positive Seroreaktion bei der antisyphilitischen Behandlung rasch oder langsam negativ wird? Eine kritische Studie von Krulle-Berlin. (M. Kl., 1926, Nr. 50, S. 1917—1919.) Um die Frage zu entscheiden, wird zunächst die Art der Wirkung der Antisyphilitika betrachtet. Salvarsan soll direkt auf die Spirochäten wirken, vielleicht kommt aber außerdem doch noch der Weg über die Körperzellen (Reizkörpertherapie) in Betracht, der bei Wismut und Quecksilber der wesentliche ist. Die WR ist wahrscheinlich eine Antikörperreaktion mit spezifischer Quote, sie ist indirekt von den Spirochäten abhängig, aber nicht direkt an deren Anwesenheit im Körper gebunden. Positive WR zeigt keinen besonderen Krankheitszustand an, ist vielmehr Ausdruck der Heilungstendenz des Organismus. Deshalb soll die Therapie nicht gegen dies einzelne Symptom gerichtet sein und die Intensität der Therapie nicht allein nach dem Ausfall der WR bemessen werden. Aus diesen Erwägungen folgt, daß die positive WR langsam negativ werden soll, weil so die Abwehrkräfte des Körpers länger auf die Krankheit einwirken. Aus diesem Grunde erscheint auch das Wismut als besonders zweckmäßiges Antisyphilitikum, abgesehen von seronegativen Primäraffekten, bei denen allein Salvarsan ohne Wismut genügt. E. Levin-Berlin.

Menace of the Slightly Positive Wassermann Reaction (Die Gefahr der schwach positiven Wassermannschen Reaktion), von J. H. Mitchell-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 17, S. 1351.) An Hand mehrerer Beispiele wendet sich Verf. gegen die unnötige Anstellung der WR und ganz besonders gegen falsche Bewertung schwach positiver Reaktionen. Es ist eine Frage, ob man solche Ausfälle den Patienten überhaupt mitteilen soll, da viele durch ein einmaliges positives Resultat für ihr Leben unheilbare Syphilidophoben werden können, unheilbar, wenn auch alle späteren Reaktionen negativ sind. Verwerflich ist die Einleitung einer spezifischen Behandlung auf schwach positive Reaktionen. H. Colman-Berlin.

Eine verbesserte Technik der Seroreaktion mit aktiven Seren bei Syphilis, von H. Hecht-Prag. (Kl. W., 1926, Nr. 44, S. 2069.) Genaue Anweisung der neuen Technik. Hierbei ergibt sich neben einer Ersparnis an Material und einer Vereinfachung der Methode eine größtmögliche Sicherheit in der Erfassung der Luesfälle. Sicherheitshalber soll man eine der Flockungsmethoden nebenher anstellen. E. Langer-Berlin.

Die Wassermannsche Reaktion bei internen Erkrankungen, von M. Lindlau, Med. Univ.-Kl. Köln. (M. m. W., 1926, Nr. 44, S. 1838.) Bei über 20000 Kranken wurde bei 3,78% eine interne luetische Erkrankung festgestellt, in 3,35% positive WR. In 47,7% dieser Fälle war außer der positiven WR nichts nachweisbar; Pneumonien, Ikterus, Vergiftungen und Malaria waren in erster Linie an dieser Gruppe beteiligt. 22% der Nervenerkrankungen und 7,9% der Aortenerkrankungen waren syphilitischer Natur. F. Rosenthal-Berlin.

Zur Frage der Lipoid-Autoantikörperbildung als Ursache der positiven WR, von R. Brandt, H. Guth und R. Müller, Serodiagn. Untersuchungsanst. Allg. Krkhs. Wien. (Kl. W., 1926, Nr. 49, S. 2311.) Als Entgegnung auf eine Kritik durch Sachs, Klopstock und Weil führen die Verff. neue Beweise dafür an, daß die Autoantikörpertheorie doch nicht völlig abzulehnen ist. Es gelingt durch Lipoidserumgemische Lipoidantikörper zu erzeugen. Während Luesserum immer mit Herzextrakt optimal reagiert, tun dies die Lipoidantisera nur dann, wenn sie mit Herzmuskellipoid (+ Serum) vorbehandelt sind. Mit Hirnextrakt (+ Serum) kann man sehr gute Antihirnlipoidsera erzeugen, die mit Herzextrakt nur schwach, mit Hirnlipoid dagegen komplett positive Reaktionen geben. Mit einigen Schweinesera haben Verff. nicht sehr starke, aber doch deutlich wirkende Lipoidantisera erhalten. E. Langer-Berlin.

Ursachen der Blutveränderung bei der Wassermann-Reaktion (Ungarisch), von E. Freiwirth-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 45.) Die Spirochäten greifen die Zellen an. Bei diesem Kampf gehen die angegriffenen Zellen zugrunde. Dadurch werden die Lipoide der Zellen frei und binden sich an das Eiweiß der Spirochäten. Diese Verbindung ruft als körperfremdes Eiweiß die Bildung der Antigene hervor, welche durch unbekannte Spaltung die gebundenen Lipoide freimachen. So entsteht das mit den Eigenkörperlipoiden reagierende Antigen: die WR. Nach Aussterben der Spirochäten verschwindet eine Komponente (körperfremdes Eiweiß) und die Lipoide können nicht weiter Antigene hervorrufen. Da wird die WR negativ. M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Über trockenes Komplement (Ungarisch), von A. Vígh-Budapest. (Orv. Hetilap, 1926, Nr. 44.) Vergleichende Untersuchungen mit dem Ganzschen Trockenelement haben größere Empfindlichkeit der frischen Komplemente ergeben. M. Porosz-Budapest.

Die Wassermann-Reaktion mit geschütteltem Serum (La reazione di Wassermann sul siero sottoposto a scuotimento). von A. Pfanner-Lucca. (La Riforma medica. 1926, Nr. 37, S. 875—876.) Verf. hat 27 positive und 23 negative Sera vor der WR durch Schütteln zur Flockung gebracht. Durch Oberflächenwirkung der grobdispersen Luft sollte beim Schütteln eine Störung im Kolloidzustande der Globuline |zustande kommen; trotzdem waren die Resultate der WR die gleichen wie bei den nicht geschüttelten Kontrollsera. Verf. ist der Meinung, daß die WR nicht physikalischer, sondern chemischer Natur sei. L. Nardelli-Trient.

Über die Meinicke-Mikroreaktion, von H. Spranger, Preuß. Hygiene-Inst. Landsberg (Warthe). (M. Kl., 1926, Nr. 46, S. 1765—1766.) Die Meinicke-Mikroreaktion wird verworfen, weil ein Teil ihrer (die Zahl der bei der gewöhnlichen MTR übertreffenden) positiven Resultate auf Grund des Vergleiches mit der WR, SGR und den klinischen Daten als unspezifisch gelten muß, während sie andererseits in 2,6% bei ++++ WR versagte. E. Levin-Berlin.

Serodiagnose der Syphilis an der Leiche, von E. Meinicke. (Kl. W., 1926, Nr. 41, S. 1926.) Verf. bemerkt zu der gleichnamigen Arbeit von Krauspe und Schmechel (Kl. W., Nr. 35), daß die ungünstigen Resultate der Verff. mit der MTR bei Verwendung von Perikardflüssigkeit als Leichenseren nur daraus zu erklären seien, daß sie sich nicht dabei der Untersteinerschen Modifikation bedient haben. Er empfiehlt weitere Nachprüfungen mit dieser Modifikation vorzunehmen. E. Langer-Berlin.

Über die Meinickesche Trübungsreaktion für Liquoruntersuchungen (Modifikation von Unterstein), von L. Mendlowicz, Bakt. Abt. Städt. Krkhs. Friedrichshain-Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 48. S. 2030.) Die Technik nach Untersteiner lautet folgendermaßen: Man mischt 1 ccm MTR-Extrakt mit 5 ccm 1%iger NaCl-Lösung, nachdem beide Teile auf 45° erwärmt sind, und bringt 0,5 ccm dieses Gemisches mit 0,5 ccm Liquor zusammen, schüttelt kräftig und liest nach ½—1 Std. das Ergebnis ab. Von 128 Liquores stimmten 115 mit der WR überein. In 6 Fällen, in denen eine klinische Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte, reagierte die WR negativ, die Untersteinersche Modifikation positiv. In 3 Fällen sicherer Lues mit positiver WR war die Methode nicht empfindlich genug, in 3 anderen zeigte sie unspezifische Resultate, die offenbar mit dem starken Eiweißgehalt des Liquors zusammenhingen. Die Fehlerquelle ist vielleicht darauf zurückzuführen, daß Verf. die Ablesung nach 20stündigem Aufenthalt im Zimmer vorgenommen hat. F. Harry-Wiesbaden.

Meinicke-Mikroreaktion, von A. Steiner-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 35.) Die Ausführung ist sehr einfach, es gibt keine zweifelhaften Reaktionen. Vorteilhaft in der Kinderpraxis wegen der benötigten geringen Blutmengen. M. Porosz-Budapest.

Zur Frage der Beschwerden (Meningismus) nach Lumbalpunktion, von F. Golla und G. Herrmann, Dtsch. Psychiatr. Kl. Prag. (M. Kl., 1926, Nr. 51, S. 1951—1954.) Die Beschwerden nach der Lumbalpunktion können in Analogie zu den bei hirnpunktierten Fällen gemachten Beobachtungen so erklärt werden, daß die liquorsezernierenden Organe den durch die Lumbalpunktion erzeugten Unterdruck zu ersetzen suchen und dabei vorübergehend über das Ziel hinausschießen. So entsteht Überdruck und Erscheinungen von Hirndruck. Vergleichende Untersuchungen vor, unmittelbar und 2—3 Std. nach der Liquorablesung zeigten tatsächlich in allen Fällen, die Kopfschmerzen nach der Punktion hatten, erhöhten Druck. Die Fälle, in denen trotz erhöhten Druckes keine Kopfschmerzen eintraten, erklären sich aus dem zugrunde liegenden Krankheitsbefund (operierte Hirntumoren). Ausbleiben der Druckerhöhung fand sich ausschließlich bei Paralytikern, die ja auch kaum mit Kopfschmerzen auf die Lumbalpunktion reagieren, was wohl durch eine organische Veränderung und funktionelle Minderwertigkeit des druckregulierenden Organs zu erklären ist. Im Gegensatz zu den Erscheinungen des Meningismus nach Lumbalpunktion ist die aseptische Meningitis nach Lufteinblasung und ähnlichen Eingriffen entzündlicher Natur und kann ohne Druckerhöhung einhergehen. Daß die Beschwerden bei der Subokzipitalpunktion so viel seltener und geringer sind, hängt vielleicht mit einer hier nicht so starken Störung der reflektorischen Wechselwirkungen auf den Gleichgewichtszustand im Liquorsystem zusammen. Aus diesen Erwägungen ergibt sich die Bekämpfung des Meningismus durch Punktion mit dünner Nadel und Horizontallage des Patienten, die 12 Stunden lang innegehalten wird. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Der Eiweißquotient des Liquor cerebrospinalis, von V. Kafka, Serol. Abt. Staatskrankenanst. Friedrichsberg, Hamburg. (Kl. W., 1926, Nr. 44, S. 2068.) Kurze Mitteilung einer Apparatur und Versuchsanordnung zur Bestimmung des Eiweißquotienten im Liquor. Unter dem Eiweißquotienten versteht man das zahlenmäßig ausgedrückte Verhältnis zwischen den Globulinen und Albuminen. Wie eine Kurve zeigt, ergeben sich eine Reihe interessanter Folgerungen. Die Quotientenberechnung scheint u. a. auch für die Verfolgung der Einwirkung der Malariatherapie bei Paralyse von Bedeutung. E. Langer-Berlin.

Die Reaktion Blumenthal in der Lumbalflüssigkeit bei Syphilis des Zentralnervensystems, von Serafimow. (Journal zur Vervollkommnung der Ärzte, 1926, Nr. 7/8 [russisch].) Die Blumenthalsche Reaktion fiel in allen 46 Fällen von Syphilis positiv aus und stimmte mit der WR überein. Unter allen Kolloidreaktionen ist die Blumenthalsche die bequemste. A. Jordan-Moskau.

Die Liquordiagnostik und ihre Bedeutung für die Prophylaxe der Neurolues, von Grshebin. (Kasanski Medicinski Journal, 1926, Nr. 12.) Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nach der Lumbalpunktion in etwa 20%, darunter schwerere in 3%, beobachtet, vergehen aber in der Regel in 3—4 Tagen. Zu praktischen Zwecken genügen die 4 Reaktionen von Nonne. Veränderungen der Spinalflüssigkeit schon im Stadium des seronegativen Schankers sind selten und unbedeutend; mit dem Eintritt der positiven WR steigt auch der positive Ausfall der Liquorreaktion, um sein Maximum in der sekundären Periode zu erreichen. Prognostische und dementsprechend prophylaktische Bedeutung der Veränderungen des Liquors in der latenten Periode. Die Lumbalpunktion nach Beendigung der Behandlung der Syphilis erforderlich und bei negativem Ausfall nochmals 4 Jahre nach Beginn der Krankheit. Bei positivem Ausfall ist eine systematische Kontrolle des Liquors notwendig. A. Jordan-Moskau.

Die bikolorierte Schellackreaktion. Eine neue Farbsolreaktion des Liquor cerebrospinalis, von E. v. Thurzó und A. Marchonini, Psych. u. Nervenkl. d. kgl. ungar. Stefan-Tisza-Univ. in Debreczen und Univ.-Hautkl. Freiburg i. Br. (M. Kl., 1926, Nr. 45, S. 1724—1725.) Die Reaktion gehört zu den auf Zusatz künstlicher Kolloidlösung beruhenden Reaktionen, die zum Unterschied von den Kolloidreaktionen als kolloidometrische Reaktionen bezeichnet werden könnten. Das Reagens ist eine Mischung einer Schellacksuspension mit zwei Farblösungen ($1^1/_2$%ige mit Alkohol absol. hergestellte Brillantfuchsinlösung und $^1/_2$%ige mit Aqu. bidestillat. hergestellte Naphtholgrün-B-Lösung) und wird am besten vor dem Gebrauche aus den vorrätig gehaltenen Bestandteilen zusammengesetzt. Von der kirschroten, grau opaleszierenden Farbsolmischung werden 0,5 ccm mit 0,5 ccm Liquor geschüttelt und zentrifugiert; das Resultat kann sofort abgelesen werden. Es zeigt sich bei negativem Liquor der Inhalt kirschrot, durchscheinend, höchstens gering opaleszierend, bei ± geringe graurote Verfärbung und Undurchsichtigkeit, + Ausfällung am Boden mit grauroter Verfärbung, ++ völlige Ausfällung und blaßgrüne, leicht getrübte Flüssigkeit oberhalb des Sedimentes, +++ komplette Ausfällung mit lebhaft grüner Verfärbung. Die Reaktion ist außerordentlich empfindlich und sehr schnell ablesbar. Bei negativem Ausfall können weitere Untersuchungen fortfallen, bei positivem sind die Reihenkolloidreaktionen anzustellen, aus deren kurvenmäßiger Auswertung weitere diagnostische und prognostische Schlüsse zu ziehen sind. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen findet am 19. und 20. März in Marburg an der Lahn statt. Thema: Metaluesfrage (Referent: Scharnke-Marburg).

Prof. Rille in Leipzig wurde von der Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia erneut zum Ehrenmitglied gewählt.

Gestorben: Frau Dr. Francis Elizabeth Hoggan geb. Morgan in Brighton, Witwe von Dr. George Hoggan in London, beide tüchtige Mitarbeiter unserer Zeitschrift schon bei deren Begründung (1882). R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 12 (Bd. 84) 19. März 1927

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Stefan-Tisza-Universität in Debreczen (Vorstand: Prof. Dr. Eduard Neuber)

Beiträge zur Pathogenese des Granuloma anulare

Von

Dr. Daniel Olah, Assistent

Mit 3 Abbildungen im Text

Anamnese: 29 Jahre alte, unterernährte Patientin. Die Eltern angeblich gesund, sie selbst war früher nie krank. War fünfmal gravid; die drei ersten Kinder am Leben, gesund, die zwei letzten waren Fehlgeburten nach $1^1/_2$ Monaten. 1923 und 1924 wurde sie wegen Lungenspitzenkatarrh behandelt. Im Juli 1921 ungefähr 6 Wochen nach der Geburt des 2. Kindes entstanden an beiden Unterschenkeln, dann 1—2 Tage später auch an den Oberschenkeln verstreut Ausschläge, welche nach Gebrauch einer unbekannten Salbe binnen 2—3 Tagen wieder abheilten. Im März 1923, ungefähr 5 Wochen nach der Geburt des 3. Kindes, erschienen ganz ähnliche Ausschläge an beiden Augenlidern, 2—3 Wochen später auch an beiden Unterschenkeln. Die Ausschläge heilten auf 10%ige Quecksilberpräzipitatsalbe und 2%ige Borsäureumschläge stellenweise mit Zurücklassen einer Atrophie ab. Zu gleicher Zeit suchte sie verschiedene Augenordinationen auf, zuerst wurde die Diagnose auf Blepharitis granulosa gestellt, dann auf Tuberculosis tarsi et conjunctivae, womit sie auch fünfmal operiert wurde. Daselbst erhielt sie in zweiwöchigen Intervallen 2 Ponndorfimpfungen, worauf angeblich nach 1 Monat den alten ganz ähnliche Ausschläge erschienen, zuerst an den Impfstellen in Form von dicht nebeneinanderliegenden Knötchen (ein Teil ist auch noch heute zu sehen, der übrige Teil ist mit Hinterlassen atrophischer Herde spontan abgeheilt), später an der Hinterfläche der Unterschenkel, dann auch an der vorderen Fläche, an den Oberschenkeln, Glutealgegend und beiden Armen. Im Januar 1925 meldeten sich gleiche Ausschläge an der Nase und der umgebenden Gesichtshaut.

Status praesens: Die oben beschriebenen Veränderungen bedecken fast den ganzen Körper, am ausgesprochensten sind sie doch an den Streckseiten der Extremitäten, vor allem über den Glutäen, an den Streckseiten der Arme und Schenkel, an den Augenlidern (den Meibomschen Drüsen entsprechend in einer Reihe angeordnet), ferner an der Nase und Umgebung anzutreffen, also an Stellen, welche schon ab ovo reicher an Talgdrüsen sind.

Die primären Effloreszenzen erscheinen als stecknadelkopf- bis hirsekorngroße, anfangs haut- oder rosafarbene, später braunrote oder livide wachsartig glänzende, auf die Follikel lokalisierte Gebilde, welche aneinander gereiht sind, eventuell zusammenfließen und stark begrenzte Kreis- oder Ringformen von 1—5 cm Durchmesser bilden. Die Breite der Ringe beträgt 3—4 mm, und sie erheben sich 1—2 mm über die Hautoberfläche. Infolge Aneinandergliederung und zentraler Heilung der Ringe entstehen ganz phantastische serpiginöse Figuren. Stellenweise sind die nebeneinandergereihten Knötchen in einem Kreissegment angeordnet, an anderen Stellen sind sie wieder auf das Hautniveau zurückgesunken, dunkel pigmentiert und fein gerunzelt. Mit dem diaskopischen Verfahren erscheinen die einzelnen Knötchen in Elfenbeinfarbe. Die Ringformen sind an Beugeseiten der Unterschenkel, an den Oberschenkeln, Glutäen am ausgesprochensten, am Bauch, an der Brust und am Rücken sind einzelstehende Knötchen in größerer Zahl zu finden. Zwischen den ringförmigen und serpiginösen Gebilden sind verstreut stecknadelkopf- bis erbsengroße, halbkugelartig erhabene, rote, derbe Knötchen

Digitized by Google

zu sehen, die größeren sind bläulich verfärbt, im Zentrum gedellt, auf den Rändern schanzartig erhaben. In der Mitte der meisten einzelstehenden Knötchen ist ein die Follikelmündung (nach ARNDT und anderen Schweißdrüsenmündung) verstopfender Hornpropf zu sehen, welcher nur mit stärkerem Druck entfernt werden kann. An Ponndorfimpfstellen sind nur dicht angeordnete Solitärknötchen sichtbar, Ring- und serpiginöse Formen fehlen. Bei der Rückbildung der Knötchen tritt zuerst eine kleienförmige Schuppung, dann eine schwache Atrophie auf; die serpiginösen oder ringförmigen, schanzartigen Erhebungen umgeben meistens einen atrophischen, leicht hyperpigmentierten Hautbezirk.

Die Drüsen sind im allgemeinen vergrößert; Hals-, Leisten- und Ellbogendrüsen sind bohnen-,

Abb. 1. Ringformen, dazwischen verstreut in Entwicklung begriffene Knötchen. Es ist die Dissemination des Prozesses sehr gut sichtbar

Abb. 2. Ausgebildete Ringformen am rechten Unterschenkel

die Unterkieferdrüsen haselnußgroß, hart, schmerzlos. Die Achseldrüsen sind kaum zu tasten, die Erkrankung verursacht keinerlei subjektive Beschwerden, ist nirgends druckempfindlich. Im Gegensatz zu der Mehrzahl der bisher bekannten Fälle waren an dem Hand- und Fingerrücken keine Veränderungen zu sehen und waren auch niemals vorhanden.

Dekursus: Wie erwähnt, hatte ich während der Behandlung Gelegenheit gehabt, den Entwicklungsgang der Krankheit zu beobachten. Die Krankheit ist auf die Follikel lokalisiert. Anfänglich zeigt sich in der Follikelöffnung ein punktförmiges, graugelbes Gebilde (von Staub und

Digitized by Google

Schmutz eventuell schwarz), wodurch die Öffnung ganz verlegt wird. In diesem Stadium erheben sich die primären Erscheinungen noch nicht über die Hautoberfläche. Nach wenigen Tagen entstehen rund um die Follikel stecknadelkopf-, später hirsekorn- bis linsengroße, erhabene, derbe, hautfarbene, über ihre Basis bewegliche Knötchen, welche während der weiteren Entwicklung zuerst rot, dann bräunlichrot, endlich bläulichrot werden, wachsartig glänzen und an der Oberfläche seicht gedellt erscheinen. Die weitere Entwicklung geht so vor sich, daß das Zentrum der erbsengroßen Knötchen sich immer mehr einzieht und endlich mit Hinterlassung einer geringen Pigmentation und Atrophie ganz in die Hautoberfläche einsinkt, wodurch die Ränder sich schanzartig erheben; der Knötchencharakter wird an den letzteren immer ausgeprägter (den Follikeln entsprechend), und so entsteht eine typische, aus 5—6 Knötchen bestehende Ringform. Nach einem kürzeren oder längeren Ruhestadium entsteht peripher vom primären Ring eine mit ihm zusammenfließende, glatte, schanzartige Erhebung, welche eine ähnliche Umwandlung durchmacht. Während dieser Zeit sinkt der innere Ring immer mehr und mehr in die normale Hautoberfläche zurück. Ringformen können auch derart entstehen, daß die einzelnen Knötchen sich aneinanderreihen. Auf diese Weise sind auch die oben beschriebenen unterbrochenen Ringformen zu erklären. An den von diesen Ringformen umschlossenen Hautbezirken sind weder Pigmentation noch Atrophie zu sehen. Der letzteren ähnliche Entwicklung beobachteten Graham Little, Liebreich usw. Die Involution des Knötchenzentrums und das periphere Fortschreiten hatten Crocker, Kenedy, O. Grütz und Hornemann, Pinkus usw. und andere ebenfalls feststellen können.

Innerer Befund (Dr. Keller): Über den Lungenspitzen eine Verkürzung, besonders rechts; auf der rechten Seite kann dieser verkürzte Perkussionsschall bis in die interskapulare Gegend verfolgt werden. Über der rechten Spitze: verlängertes Ausatmen und rauhes Einatmen; rechts in der Mitte des interskapularen Raumes deutliches Knistern, sonst ist an den Lungen mit physikalischen Methoden nichts nachzuweisen. Zwerchfell beweglich. Das Herz ist nicht vergrößert, ein leises blasendes systolisches Geräusch mit dem Punctum maximum über die Pulmonalis (anämisches Geräusch). Die ileozökale Gegend ist mäßig druckempfindlich. Der untere Leberrand ist tastbar. Nervensystem ohne Befund.

Röntgenbefund (Dr. Markó): Der knöcherne Brustkorb ist mittelweit, symmetrisch, die Rippenknorpel sind nicht verkalkt. In der rechten Lungenspitze mehrere erbsengroße, frische Herde. Im rechten oberen Lungenfeld ein hanfkorngroßer verkalkter Herd. Im rechten Hilus eine haselnußgroße verkalkte Drüse. Beide Hiluse verdichtet, verbreitert. Die Zwerchfellkuppel frei. Der Mittelschatten normal.

Die histologische Untersuchung der elementaren Veränderungen ergab, daß diese nur auf die Follikel und deren Umgebung lokalisiert sind. Die Follikelmünduug ist erweitert, gebuchtet; wird von massigem geschichtetem, Kerne aufweisendem Hornpfropf ausgefüllt. Im Korium sind die Kapillaren von aus Epitheloidzellen und Lymphozyten bestehenden Infiltraten umgeben. In den Infiltraten sind weder Riesenzellen, noch nekrotische Stellen sichtbar. In der Nachbarschaft des Herdes sind die Arterien des Koriums von Lymphozyten und 1—2 Plasmazellen umgeben. In Schnitten aus den älteren Knötchen (hirsekorngroßen) ist die Epidermis erhalten, unmittelbar darunter ist das aus den vorhergenannten Zellen bestehende Infiltrat zu sehen, in dessen Zentrum, zu beiden Seiten

Digitized by Google

des Haarfollikels, nekrotische Herde vorhanden sind. Um den Herd herum sind die Gefäße des Koriums und der Papillarschichte von rundzelligen Infiltraten umgeben.

Histologischer Befund eines aus der Glutealgegend entnommenen, erbsengroßen, ringförmigen Herdes: oberhalb der Veränderung ist die Hornschicht etwas dünner, die Schichten sind unterbrochen. Die Epidermis ist verdickt, ihre Schichten, besonders aber die Stachelschicht, sind aufgelockert, die Zellen gequollen, die interzellulären Räume erweitert. Die regelmäßige Anordnung der Zellen in der basalen Schicht ist verschwunden, zwischen ihnen sind zahlreiche Leukozyten und Lymphozyten zu finden. Die normalerweise wellige Grenzlinie zwischen Papillarkörper

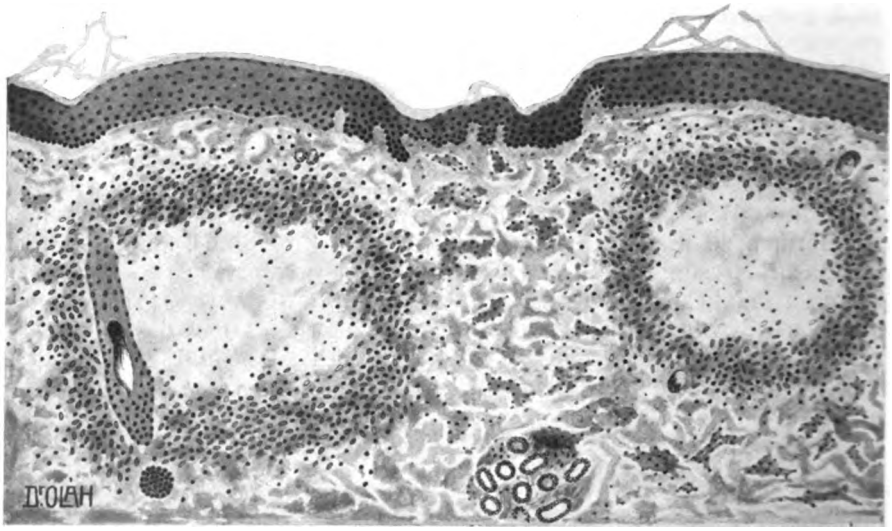


Abb. 3. Schema des histologischen Bildes: Der Prozeß ist an den Follikel lokalisiert. Über den Knötchen ist die Epidermis verdickt. Die Grenze zwischen Epithel und Papillarschicht ist geglättet. In der Kutis ist eine von aus Epitheloidzellen und Lymphozyten bestehendem Infiltrat umgebene Nekrose. Im rechtsseitigen Infiltrat sind zwei Riesenzellen vom Langhans-Typ

und Epidermis ist verschwunden. Unmittelbar unter der Epidermis ist ein bis in das Korium hineinragender nekrotischer Herd zu finden, welcher von jungen, größtenteils aus Epitheloidzellen, Lymphozyten, einigen Leukozyten und stellenweise aus einigen Riesenzellen vom Langhans-Typ ringförmig umgeben ist.

Zwischen den Knötchen zeigen die Epidermis und die Papillarschicht keine besonderen Veränderungen. Die Bindegewebsbündel des Koriums sind von den obigen Zellelementen infiltriert, die Infiltration ist um die Gefäße herum am ausgesprochensten. Die in der Tiefe liegenden Schweißdrüsen sind vom Granulationsgewebe umgeben, das interazinäre Bindegewebe ist intakt. Die Talgdrüsen fehlen an den krankhaft veränderten Gebieten in jedem Schnitt. Sowohl in der Umgebung der Knötchen, wie auch im Zentrum der von ihnen gebildeten Ringe ist das kollagene Binde-

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORY OF THE UNIVERSITY OF MICHIGAN

gewebe von der zelligen Infiltration auseinander gedrängt, an diesen Stellen färbt sich das Bindegewebe weniger intensiv. Im Innern der Knötchen, besonders aber im Zentrum der Nekrosen, sind die Reste der blaßgefärbten kollagenen Bündel noch zu erkennen. In den Knötchen fehlen elastische Fasern, um sie herum sind sie weniger wie normal und weniger gewellt. In den mit Ziel-Neelsen gefärbten Serienschnitten konnten Tuberkulosebazillen nicht nachgewiesen werden.

Blutbild: Erythrozyten 4800000; Leukozyten 5900; Polymorphkernige 51%, Lymphozyten 43%, Eosinophile 4%, Mononukleäre 1%, Übergangsformen 1%.

Tierversuch: Nach Reinigung mit Seife und Bürste, Äther und Alkohol exzidierte ich mehrere linsengroße Knötchen, die ich dann in einer sterilen Reibschale zerkleinerte und mit steriler Kochsalzlösung verrieb. Aus diesem Impfmaterial verimpfte ich 3 Meerschweinchen, 2 intraperitoneal und 1 subkutan (1 Kontrolltier), je 1,5 ccm. Nach 2 Wochen ging ein intraperitoneal geimpftes Tier ein, die Sektion ergab jedoch ein negatives Resultat. Sechs Wochen nach der Impfung ging ohne jeglichen Grund das Kontrolltier zugrunde (Sektionsbefund auf Tuberkulose negativ), die 2 anderen Tiere sind am Leben, gesund.

Aus dem erwähnten Impfmaterial hatte ich gleichzeitig auf Glyzerin-, Kartoffel-Nährboden übergeimpft, jedoch mit negativem Erfolg.

Wassermann-Reaktion: negativ. Pirquet-Reaktion: positiv.

Die mit 10% aus den innersekretorischen Drüsen hergestelltem alkoholischem Extrakt angestellte Ninhydrin-Reaktion (D. m. W., 1925, Nr. 45) ergab dem normalen Kontrollserum gegenüber einen Ausfall von Thyreoidea, Hypophysis und Corpus luteum; das Ovariumextrakt wies dem normalen gegenüber auf eine Hyperfunktion hin; die Reaktion mit Thymus und Gl. suprarenalis ergab normale Werte. Als Kontrollserum diente das Serum einer gleichaltrigen Patientin mit aktivem Lungenprozeß, bei der keinerlei klinische Anhaltspunkte für eine endokrine Störung vorhanden waren.

In meinem Fall ist auf Arsenbehandlung statt der erhofften Besserung eine Verschlimmerung eingetreten, indem sich die Exantheme disseminierten. Nach der Exzision heilten die Nachbarherde nicht ab, aber auch Rezidive traten nicht auf. Von den in der Literatur erwähnten Salbenbehandlungen habe ich die folgenden versucht: 25% graue Salbe, 10% Hg-Präzipitatsalbe, 5% Salizylsalbe, 10% Ichthyolsalbe. Nach längerer Anwendung dieser konnte eine wesentlichere Besserung nicht festgestellt werden. Auf einem Teil der befallenen Gebiete hatte ich auch die Thorium-X-Salbe versucht; nach 48 Stunden beim Entfernen des Verbandes konnte die Verblassung der Veränderungen konstatiert werden. Leider konnte dieses Verfahren wegen Mangel an Salbe nicht fortgesetzt werden. Nachher ging ich auf die so sehr gerühmte Röntgenbehandlung über, welche auch uns nicht im Stiche gelassen hat. Es wurden feldweise 200 R gegeben mit 1 mm Al.-Filter; 4—5tägig wurde immer ein anderes Feld bestrahlt. Der Erfolg war überraschend, etwa 2 Wochen nach der Bestrahlung wurden die Veränderungen flacher, die Knötchenstruktur verschwand, an der Oberfläche der Ringe zeigte sich feine Faltung und Abschuppung. Nach 4—6 Wochen waren sie alle ins Hautniveau eingesunken, und nur die starke Pigmentation und eine feine zentrale Atrophie verrieten das frühere Bestehen der Ringformen. Nach ungefähr 6 Monaten rezidivierten die Exantheme auch in geringerem Maße an dem rechten Unterschenkel, jedoch in Anbetracht der kleinen Dosen kann dieser Umstand die zu

Digitized by Google

der Röntgenbehandlung gehegten guten Hoffnungen gar nicht beeinflussen.

Zusammenfassung: In meinem Fall generalisierte sich das Granuloma anulare schubweise (Veränderungen an den Augenlidern, Nase, Gesicht, an beiden oberen und unteren Extremitäten, am Rumpf, mit Ausnahme der Hand- und Fußrücken). Es waren sowohl die Elementarknötchen, wie auch die entwickelten Gebilde an die Follikel lokalisiert; die elementarste Erscheinung war die punktförmige Verstopfung der Follikel (Hornpfropf). In den Schichten war im Knötchzentrum eine Nekrose sichtbar, umgeben von aus Lymphozyten und Epitheloidzellen bestehender perivaskulärer Infiltration. Hier und da sind einige Riesenzellen von Langhans-Typ zu finden. In den Krankheitsherden fehlen die Talgdrüsen, in der umgebenden gesunden Haut sind sie unverändert vorhanden. Das schubweise Auftreten in Verbindung mit einer gewissen Umstimmung des Organismus (Geburt, Ponndorfimpfung, Arseninjektion) deutet auf einen hämatogenen Ursprung hin. Ob bei der Entstehung der von mehreren angenommenen Tuberkulose oder einer anderen Noxe (Stoffwechselstörung, Korrelationsstörung der innersekretorischen Drüsen) eine Rolle zukomme, ist bisher unentschieden. In dem beschriebenen Fall waren die Lungen zweifellos tuberkulös befallen, der Kochsche Bazillus konnte aber weder in den Schnitten, noch durch Kultur oder Tierversuch nachgewiesen werden.

Die Prognose ist ziemlich gut, die Erscheinungen können spontan zurückgehen, können aber auch jahrelang immer von neuem rezidivieren. Zur Behandlung eignete sich in meinem Falle die Strahlenbehandlung (Radium, Thorium, Röntgen usw.) am besten.

---

4 Jahre Erfahrungen mit intravenösen Injektionen von Antileprol (Bayer), kombiniert mit 2%iger Brechweinsteinlösung intravenös gegen Lepra

Eine Studie

Von

Dr. Walter Treuherz in São Paulo, Brasilien

Unter den wirksamsten Mitteln bei der Bekämpfung der Lepra nimmt das Chaulmoograöl die erste Stelle ein. Soweit man die beträchtliche Literatur über dies Medikament verfolgen kann, findet man immer wieder z. B. (zitiert aus G. Sticker. Handbuch der Tropenkrankheiten, S. 63): „Gegen die öftere Anwendung von intramuskulären Einspritzungen des sterilen oder durch die Chamberlandsche Kerze filtrierten Öls wehren sich die Kranken wegen der schmerzhaften Muskelknoten, die zurückbleiben . . .", oder „. . . die orale Verabreichung des Mittels stößt bald auf unüberwindliche Schwierigkeiten von seiten des Magens und Darmes . . .", dann folgen die verschiedensten Versuche, wie man dennoch dem erkrankten Organismus das so wertvolle Heilmittel zuführen will, und endlich ist man sich darüber einig, daß die Lepra um so wirksamer bekämpft wird, je mehr Chaulmoograöl in den Körper des Leprakranken gelangt.

Diese Kluft zwischen der Wirksamkeit einer Behandlung und ihrer immer mehr abnehmenden Ausführbarkeit wird dem im Ausland solchen Fällen gegenüber-

Digitized by Google

gestellten Arzt erst richtig klar, wenn der völlig verzweifelte Patient trotz des besten Willens, etwas für seine Heilung zu tun, wegen unüberwindlichen Unwohlseins oder wegen der rasenden Schmerzen der Chaulmoograölfiltrate vorzieht, der Krankheit ihren Lauf zu lassen. Solche Vorfälle bildeten den Ausgangspunkt des sich geradezu von selbst anbietenden Verfahrens der intravenösen Anwendung dieses Öles, welche ich mir im Laufe der Jahre in bezug auf Dosierung, Nebenwirkungen, Pausen in der Darreichung, Kombination mit anderen intravenös applizierbaren Mitteln ausgearbeitet habe. Ich schicke voraus, daß ich nicht behaupten kann, als erster das Antileprol intravenös angewandt zu haben, da ich nicht in der Lage war, die gesamte hierüber vorhandene Literatur daraufhin durchzuprüfen, schließlich bietet dieser Gedanke an sich durchaus nichts Originelles; ich stelle aber fest, daß mir bis zum heutigen Tage von einer solchen Anwendung des Antileprols nichts bekannt geworden ist, und daß ich weiterhin in der mir zugänglichen Literatur keinen Vermerk über intravenöse Injektionen von Antileprol gefunden habe. Bevor ich bezüglich der Erfolge und der Durchführbarkeit dieser Methode an Hand einer Reihe von Fällen, welche während der letzten 4 Jahre zwischen 7 und 35 Monaten in meiner Behandlung und Beobachtung waren, berichte, möchte ich meine Erfahrungen über die Dosierung und die Nebenwirkungen des Antileprols mitteilen.

1. Die Dosierung und die Nebenwirkungen des intravenös verabreichten Antileprols

Die Gefährlichkeit der Injektion eines Öles ins Blut hat lange genug einen derartigen Eingriff zu einem Schreckgespenst gemacht. Ich begann daher mit ganz außerordentlich kleinen Dosen, um Embolien und vielleicht eintretenden Schockwirkungen möglichst entgegenzuwirken. Nach mehrmonatigen Studien stellte ich 1922 folgende Verhältnisse bezüglich der Verträglichkeit des Antileprols fest:

0,1 ccm wurde sowohl von jungen Mädchen im Alter von 16—20 Jahren als auch von Männern über 49 Jahre ohne das geringste Zeichen von Unwohlsein vertragen. Unmittelbar nach der Injektion entstand eine mäßige Geruchs- und Geschmacksempfindung; alle Patienten gaben an, etwas Aromatisches zu riechen. Weder unmittelbar nach der Injektion noch überhaupt irgendwann danach habe ich Klagen über eine schädliche oder störende Nach- oder Nebenwirkung gesehen.

0,2 ccm verhielten sich ganz ähnlich. Manchmal wurde neben einer um ein geringes aufdringlicheren Geschmacks- und Geruchsempfindung ein leichter Hustenreiz angegeben.

0,3 ccm erzeugten manchmal etwas stärkeren Husten, welcher aber im allgemeinen im Laufe von 20 Minuten spätestens verschwunden war. Bezüglich des Geschmackes gegen 0,2 ccm keine Besonderheiten.

0,4 ccm erwiesen sich als ganz bedeutend verschieden von den vorherigen Mengen. Schon die Verträglichkeit wies bei jungen Mädchen gegenüber Männern große Differenzen auf: während die zuletzt genannten im allgemeinen noch genau so wenig beeinflußt wurden wie von 0,3 und 0,2 ccm, traten bei den Mädchen im Verlauf von etwa 1 Minute nach Beendigung der ganz langsam erfolgten Injektion Zustände von hochgradigem Angstgefühl auf, zugleich stellte sich ein unvergleichlich stärkerer Hustenreiz mit an Erstickung grenzender Atemnot ein, welche begleitet war von einem bohrenden heißen Schmerz hinter dem Sternum und vermischt mit einem starken, als äußerst unangenehm geschilderten Kitzel im Rachen, welcher dann zu halbstundenlangen bis halbtagelangen Hustenanfällen linderer Art führten. Aber auch Männer konnten in Ausnahmefällen bereits nach 0,4 ccm in derselben Weise betroffen werden wie eben von den jungen Mädchen beschrieben wurde, und zwar konnten diese Erscheinungen ohne erkennbare Ursache auftreten und ausbleiben.

Wenn man eine Zeitlang die eben genannte Dosis eingespritzt hat, kann man auf 0,5 ccm usf. bis 1,2 ccm steigen. Jedoch kommen die Anfangserscheinungen hier und da wieder zum Vorschein, was den daran gewöhnten Patienten dann ebensowenig erschreckt wie den Arzt.

Ich möchte beinahe sagen, daß die Menge von 0,4 ccm eine Art kritischer Dosis darstellt, und daß es innerhalb der Grenzen von 0,4—1,2 ccm bezüglich der Intensität der störenden Nebenwirkungen verhältnismäßig gleichgültig ist, wieviel man einspritzt. Es scheint hier eine Toleranzbreite vorzuliegen, innerhalb deren man ungestraft möglichst viel von der wichtigen Flüssigkeit einspritzen kann. Wie später ausgeführt werden wird, ist es jedoch — entsprechend den Beobachtungen, die ich

Digitized by Google

gemacht zu haben glaube — durchaus nicht gleichgültig für den Erfolg, ob man sich bei 0,4 ccm oder 1,2 ccm bescheidet. Manchmal entsteht an Stelle des Hustenreizes usw. eine ganz außerordentliche Mattigkeit, welche sich bis zur totalen Arbeitsunfähigkeit auswirken kann (der Patient gibt an, sich so zu fühlen, als wäre er mit Keulen verprügelt worden), dieses Vorkommnis hat aber nur ein einziger Patient berichtet, auf dessen Status in Verbindung mit den genannten einzig dastehenden Klagen nachher eingegangen werden soll. Als ebenfalls ganz seltenes Vorkommnis ist mir das Auftreten von ausgesprochenen Nervenschmerzen von einem 24jährigen Mädchen berichtet worden; hier hatten vor der rationellen Behandlung nach Angabe des Bruders grauenhafte Schmerzen in allen Extremitäten bestanden. Nicht selten tritt auch ein leichtes Schwindelgefühl im Anschluß an die Injektion auf, welches den ganzen Tag über bestehen bleiben kann.

Jenseits von 1,2 ccm etwa bis 1,5 ccm verstärken sich die besprochenen Nebenerscheinungen sowohl in bezug auf ihre Heftigkeit und Häufigkeit als auch nach der Richtung, daß eine weitere Gewöhnung ohne Beschwerden, wie dies sehr häufig zwischen 0,4 ccm und 1,2 ccm erreicht wurde, nicht mehr zu erzielen war.

Nach jeder Ölinjektion lasse ich die Patienten sich etwa 10—30 Minuten auf ein Sofa legen, was die Nachwirkungen sehr herabzusetzen scheint.

Die Maximaldosis, welche zu beängstigenden Zuständen von Dyspnoe und nicht aufhören wollenden erschöpfenden Hustenanfällen führt, ist m. E. 2 ccm.

2. Die Häufigkeit der Verabreichung des Antileprols

In den eingangs genannten Dosen wird das Antileprol ohne besondere Schwierigkeit jeden zweiten Tag vertragen; ich habe es auch bei einzelnen Patienten fast 3 Monate lang täglich gegeben, jedoch wurden besonders zu Ende dieser Zeit bei einer solchen Medikation die Hustenanfälle stärker und störender; auch bildete sich eine gewisse Empfindlichkeit dem Öl gegenüber heraus, welche nicht zu konstatieren ist, wenn man nur alle 2 Tage injiziert. Die täglichen Injektionen habe ich aus diesen Gründen wieder verlassen, und seit 3 Jahren injiziere ich höchstens jeden zweiten Tag das Öl in einer Menge von 0,8—1,2 ccm, ohne je einen Unfall erlebt zu haben.

Mehrfach — nicht immer — habe ich beobachtet, daß die Erfolge der Injektionen ganz plötzlich schwächer werden; z. B. verändern sich in den ersten Monaten die anästhetischen bzw. hyperästhetischen Flecke beträchtlich; die Sensibilität kehrt zurück, von der lividen Braunfärbung entstehen Übergangsfarben von blasserer Tönung, und man glaubt, der Fleck werde ganz verschwinden; dies tritt aber nicht bzw. nicht bei allen Flecken ein; andere bleiben mitten im Verlaufe der Besserung auf demselben Punkte trotz heroischer Dosen (1,4—1,6 ccm) stehen. Man erhält den Eindruck, daß sich eine Gewöhnung des Organismus und des infektiösen Virus zugleich herausbildet, etwa in dem Sinne einer Ölresistenz (analog den refraktären Malariafällen oder auch vielleicht analog den Verhältnissen der dauernd mit denselben Medikamenten behandelten gonorrhoisch erkrankten Urethra). Daher behandelte ich diese Fälle später nicht mehr ausschließlich mit Antileprol, sondern kombinierte die jetzt nur alle 4 Tage ausgeführten Injektionen mit einer 2%igen wässerigen Lösung von Brechweinstein, und zwar so, daß einmal 2—3 ccm Brechweinsteinlösung alle 4 Tage und einmal Antileprol intravenös injiziert wurde. Z. B. am 1., 5., 9., 13., 17., 21., 25., 29. Brechweinsteinlösung, am 3., 7., 11., 15., 19., 23., 27., 31. Antileprol. Dies von POULSSON (Lehrbuch der Pharmakologie, S. 580) genannte Mittel hat sich mir in dieser Kombination bei etwa 25 Fällen sehr gut bewährt.

3. Die Resultate

M. E. ist es von vornherein in gewisser Weise überheblich, wenn man bei einer so eminent chronischen Krankheit wie der Lepra einerseits innerhalb von kurzer Zeit, andererseits mit einer zu großen Sicherheit Urteile fällt. Eine Erkrankung, deren Inkubationszeit allein zwischen 3 und 30 Jahren schwanken soll, daraufhin zu beurteilen, ob sie in 4 Jahren entscheidend gebessert oder gar geheilt wurde, ist zum wenigsten gewagt; ja, selbst wenn die im Laufe der besagten Zeit beobachtete Besserung immerfort angehalten hat, bleibt noch eine beträchtlich größere Zeitspanne nicht in die kritischen Erwägungen mit einbegriffen. Eine noch größere Einschränkung erleidet der Wert des Urteils, wenn die Zahl der beobachteten Fälle nicht übermäßig groß ist, und schließlich, wenn es nicht gelang, alle anbe-

Digitized by Google

handelten Patienten im Auge zu behalten. Die Schwierigkeit ist nämlich diesbezüglich in einer so großen Stadt wie São Paulo um so bedeutender, als die überwiegende Mehrzahl der Patienten aus einer gewissen Furcht heraus, zwangsweise irgendwann von der Gesundheitsbehörde in allgemeinen Lepraheilstätten untergebracht zu werden, falsche Namen und falsche Wohnorte angeben; werden sie dann nach erfolgter Meldung bei der Sanitätsbehörde von dieser nicht gefunden (was der Arzt ja umgehend erfährt), und ermahnt, den richtigen Namen und Wohnort anzugeben, so sind sie beim nächstenmal verschwunden. So kommt es, daß ich über 54 Patienten Protokolle angelegt habe, ohne imstande gewesen zu sein, mehr als 19 länger als 3—35 Monate zu beobachten. Aller dieser Dinge bin ich mir bei den nun folgenden Darstellungen bewußt; immerhin glaube ich, daß mit den folgenden Beobachtungen ein kleiner Beitrag zu den Erfahrungen bzw. der Bekämpfung dieser schweren Krankheit geliefert wird, denn schließlich kann man nicht erst 30 Jahre warten, bis man zu einer Entscheidung gelangt; ist es doch im Interesse der Allgemeinheit geboten, eine Methode, welche sich nach den Erfahrungen einer gewissen Zeit als brauchbar erweist, zwecks Nachprüfung und Erweiterung bekanntzugeben, und hierfür, glaube ich, reichen auch schon die Beobachtungen von 4 Jahren aus. Unter diesen Gesichtspunkten also, mit aller Zurückhaltung möchte ich die nun folgenden Ergebnisse darlegen.

Frl. R., Deutschbrasilianerin, Vater gesund, Mutter leprös, 2 Schwestern, die ständig mit der kranken Schwester in Kontakt waren, gesund. Erste Untersuchung am 23. 7. 22.

Anamnestisch gibt sie an, daß um das 19.—20. Lebensjahr aus vollkommener Gesundheit heraus bläuliche Flecke an verschiedenen Stellen des Körpers auftraten, deren Oberfläche „wie Feuer" brannte. Die leprakranke Mutter, welche ihre Krankheit sowohl dem Manne als auch den Kindern bis dahin verheimlicht hatte, konnte sich nicht entschließen, die Erscheinungen, welche den ihren ganz ähnlich sahen, als Merkmal der Lepra anzusehen. Nachdem etwa 3 Jahre überhaupt nichts geschehen war, entschloß sie sich, der Tochter einige Kapseln zu besorgen, die sie bei ihrer eigenen, vor etwa 20 Jahren vorübergehend ausgeführten Behandlung von einem Arzt zum Einnehmen erhalten hatte. Eine Besserung war nach dem Einnehmen dieser Kapseln, welche anscheinend irgend ein Chaulmoograöl enthalten haben, nicht festzustellen gewesen.

Befund: Zahlreiche, systemlos über dem ganzen Körper verteilte anästhetische und hyperästhetische Flecke, welche zu einem Teil wie Quaddeln über das Niveau der Haut ragen; sie sind unregelmäßig begrenzt und schwanken in ihren annähernden Durchmessern zwischen 2 und 25 cm.

Bac. H. +, WR ++++.

Beschwerden: Schmerzen beim Anstoßen an die Flecke, auch ziehende rheumatischen Schmerzen ähnelnde, stundenlang anhaltende Sensationen. Bei alledem äußerlich tadelloser Gesundheits- und Ernährungszustand, nur fällt bei näherer Betrachtung eine gewisse Gedunsenheit und livide Verfärbung des Gesichts auf, welche Pat. natürlich mit Puder verdeckt.

Mutter und Tochter ließen sich gleichzeitig behandeln — der Befund der Mutter weist keine interessanten Besonderheiten auf —, das einzig Erwähnenswerte erscheint mir bei dieser Frau zu sein, daß sie von allen Patienten, denen ich in der ersten Zeit meiner Leprabehandlung Antileprol intraglutäal injizierte, diese Behandlung am besten vertrug, obwohl die Oberflächen- und Tiefensensibilität beider Glutäen einwandfrei erhalten war. Beide erhielten jeden zweiten Tag 5 ccm Antileprol mit 3% Cycloform, was die Tochter in 3 Wochen schon nicht mehr ertragen zu können angab. Darauf jeden zweiten Tag Antileprol intravenös 0,2—0,8 ccm, was anstandslos, abgesehen von den geschilderten unausbleiblichen Beschwerden, vertragen wurde.

Der Zustand der Tochter besserte sich ganz beträchtlich schon nach 3 Wochen, die Anästhesien verschwanden völlig, ebenso die Hyperästhesien, nur nicht die Flecke; diese nahmen wohl eine etwas blassere Farbe an, blieben aber 4 Monate lang so gut wie unverändert bestehen. Nach 4 Monaten ausgesprochenes Wohlbefinden. Die Pat. verlangt am 13. 11. 22 von mir, ich solle ihr garantieren, und zwar schriftlich, daß sie von mir geheilt werden würde, „sie könne nicht endlos lange eine unsichere Behandlung durchführen". Damit hörte die Behandlung auf.

Frl. T. R., Spanierin, Fabrikarbeiterin, gesunde Eltern, gesunde Geschwister, nie krank gewesen, erscheint am 9. 2. 23.

Digitized by Google

Befund: Anästhetische und hyperästhetische Zonen, ziehende Schmerzen in den Armen, seit angeblich 1—2 Jahren. Charakteristisch verändertes Gesicht mit leichtem Verlust der Augenbrauen, dabei aber üppiges Haupthaar. Bisher nichts gegen die Erkrankung getan. Ihre Arbeit ist es, den ganzen Tag über am Webstuhl zu stehen. Dies kann sie zum Schaden für die gesamte, in großer Armut lebende Familie nicht mehr ausführen, da sie die Sensibilität an den Fußsohlen vollkommen eingebüßt hat. Auch zur Ausführung der am Webstuhl nötigen Hantierungen wurde sie infolge „Eingeschlafenseins" und zeitweiser völliger Anästhesie der Hände im Laufe von wenigen Monaten ganz ungeeignet.

H. +, WR ++++.

Schon 14 Tage nach dem Beginn der intravenösen Einspritzungen besserte sich die Sensibilität der Hände derartig, daß die Pat. Mut bekam, ihre Arbeit wieder aufzunehmen. Sie führte die Arbeit jetzt sitzend aus, was ihr den Neid der Mitarbeiterinnen zuzog. Ihre Stellung wurde deshalb von neuem unhaltbar. Nach einem weiteren Monat jedoch war die Sensibilität in den Fußsohlen derart vollkommen wiedergekehrt, daß die Pat. endlich ohne Schwierigkeiten von neuem ihren Lebensunterhalt verdienen konnte. Die Befunde der in dieser Zeit angestellten Untersuchungen auf Leprabazillen blieben im Laufe der 7 Monate langen Behandlung stets positiv. Auch eine nach etwa 5 Monaten ausgeführte WR war positiv. Das Aussehen des Gesichts hatte sich in dieser Zeit nicht geändert, die Flecke waren zum größten Teil abgeblaßt, die Schmerzen, Anästhesien und Hyperästhesien waren vollkommen geschwunden. Ohne vorher etwas zu sagen, blieb die Pat. nach 7½ Monaten von der Behandlung fort.

Herr C., Italiener, seit über 30 Jahren in Brasilien, Drucker, wird mir aus dem Lepraheim Guapira zugewiesen. Er ist 49 Jahre alt, Eltern angeblich nicht leprös gewesen; er weiß kaum mehr, wie lange er an der sehr langsam aber doch im Laufe der letzten 15 Jahre beträchtlich fortschreitenden Krankheit leidet. In den ersten Jahren tat er nichts gegen die Früherscheinungen, dann begab er sich in das vorgenannte Lepraheim, wo er mit Chaulmoograöl und anderen Präparaten behandelt wurde. Erste Untersuchung am 2. 2. 23.

Befund: Das Gesicht ist hochgradig verändert, braunviolett getönt; der fast haarlose Schädel weist mehrere tiefbraune Flecke auf, deren Niveau leicht über die Oberfläche der übrigen Haut ragt. Die Augenbrauen sind ganz spärlich, das linke Auge weist eine dichte Hornhautnarbe auf, beide Augen sind entzündlich gerötet. die Haut der Nase ist stark verdickt und verleiht dadurch dem Manne ein furchtbares Aussehen. Der ganze Körper ist gleichfalls verfärbt, und weist tuberöse und makulöse Effloreszenzen in mäßiger Menge auf. Anästhesien; besonders die Finger sind sehr betroffen. Die Beine sind bläulich verfärbt, sie weisen die größte Anzahl makulöser Herde auf, zahlreiche Narben an der Tibia deuten auf Neigung zu Wundenbildung. Die Magengegend ist ziemlich druckempfindlich, der Leberrand desgleichen. Impotenz. Der Urin enthält außer einer Vermehrung der Gallenfarbstoffe nichts von Belang.

HANSENsche Bazillen massenhaft, WR positiv. Die geäußerten Beschwerden sind mannigfaltig. In den Vordergrund stellt er eine ganz außerordentliche Mattigkeit, er klagt ferner über Tränen und Schmerzen der Augen, über Schmerzen am ganzen Körper, Appetitlosigkeit, außerordentliche Anfälligkeit bei leichten Erkältungen, sehr häufige Heiserkeit, Schmerzen in der Lebergegend, beträchtliche Reizbarkeit; bei besonders großen Schmerzen und Unwohlgefühl wird er jähzornig. sein Aussehen, das ihn zwingt, jede menschliche Gesellschaft zu meiden, bringt ihn um jede Möglichkeit der Zerstreuung.

Seit über 19 Jahren arbeitet er hier in São Paulo als Schriftsetzer einer Zeitung. und hierhin zurückzukehren ist ihm, wenn es sein Kräftezustand erlaubt, ermöglicht. da er über 16 Jahre dort regelmäßig und zufriedenstellend gearbeitet hat.

Diesen Mann habe ich 35 Monate ununterbrochen behandelt. Er erhielt zuerst etwa 14 Monate lang zwischen 0,4 und 1,6, manchmal sogar 2,0 ccm Antileprol intravenös. Die Einspritzungen vertrug er in dieser angegebenen Zeit tadellos. Als ersten bedeutenden Schritt vorwärts in seinem Allgemeinbefinden konnte ich feststellen, daß schon nach 1—2 Monate langer Behandlung, die von ihm als am störendsten empfundene Mattigkeit bedeutend nachließ. Der unruhige Schlaf. welcher zweifellos mit eine äußere Ursache dafür gewesen sein dürfte, wandelte sich im Verlaufe der Behandlung in wirkliches Ausruhen. Der Appetit besserte sich.

Digitized by Google

die Schmerzen wurden geringer. Kurze Zeit, nachdem die intravenösen Injektionen begonnen hatten, begann er seinen Dienst wieder, und er hat ihn bis auf die später besonders angeführten Unterbrechungen von je 3 Tagen in diesen 35 Monaten ununterbrochen ausüben können.

Es ist mir während der Behandlung des Herrn C. aufgefallen, daß die Erkrankung, abgesehen von der torpiden, unmerklichen Art des Vorwärtsschreitens, auch sprunghafte Verschlechterungen aufweisen kann. Diese machen sich gewissermaßen in negativer Weise bemerkbar: trotz der immer weitergeführten Therapie macht sich mitten aus einer Periode völligen Wohlbefindens heraus die Müdigkeit wieder geltend; die mit gewöhnlichem Zinksulfat zufriedenstellend gebesserten Augen werden trotz weiterer Anwendung des Zinksulfats wieder rot, die Anästhesien erscheinen von neuem. Dann schwindet alles wieder, um nach etwa 5 Monaten nochmals aufzutreten, aber jedesmal schwächer, was ich als ganz besonders evidenten Beweis für die Wirksamkeit der Therapie anspreche. Jedoch nicht immer treten diese Rückfälle nur schwächer auf; gelegentlich erlebt man Verschlechterungen sowohl der äußerlichen Symptome als auch der gesamten Konstitution von ganz ansehnlicher Stärke; im März 1924 (also nach 13 Monate langer Behandlung) werde ich in die „Wohnung" des Herrn C. gerufen: dort sitzt er mit allen Zeichen fürchterlichster Dyspnoe über einen Tisch gebeugt. Puls fast nicht zu zählen, die Atmung ist keuchend und pfeifend, die Arterien an der Schläfe sind geschwollen. Soweit er imstande ist, zu sprechen, gibt er an, im Anschluß an eine seiner ewigen Erkältungen ganz plötzlich einen Druck über der Herzgegend verspürt zu haben; bald darauf habe die Atemnot in immer stärkerer Intensität eingesetzt, und so sei es bis zu meinem Eintreffen (etwa 3 Stunden) geblieben. Hinlegen könne er sich nicht, aus Angst, dann einfach ersticken zu müssen. Außerdem habe er dauernd das Gefühl, eine verschluckte Kugel nicht mehr aus dem Rachen entfernen zu können.

Also durch Kältereiz Orthopnoe und zum Verwechseln ähnliche Symptome der Koronararteriosklerose. Auf Adrenalin, Morphium und geringe Dosen Atropin sofortige Besserung. Ich erkläre mir den Vorfall so, daß die an sich geschwächte Konstitution des C. wieder einmal eine weitere schockartige Schwächung von seiten der rebellischen Krankheit erlitten hat, wobei der Angriff diesmal direkt auf Herz und Lunge erfolgte. Daß das Antileprol nicht an dem Erstickungsanfall schuld war, steht für mich aus folgenden Gründen fest: 1. hätte sich das Bild höchstens unter verstärkten Symptomen abspielen können, wie sich diese gewöhnlich bei Verabreichung zu großer Dosen des Antileprols einstellen, jedoch hat der Pat. überhaupt nicht gehustet, ein Symptom, ohne das die eventuelle, von mir dauernd gefürchtete Ölembolie m. E. nicht vorstellbar ist;

2. zog der Pat. instinktiv die sitzende Stellung der liegenden vor, von der ich ganz unbedingt weiß, daß sie die Unannehmlichkeiten der Ölinjektion bedeutend mildert;

3. spricht der augenblickliche Erfolg des Adrenalins und Morphiums sowie der kleinen Beigabe Atropin gegen eine durch das eventuelle Eindringen von schädlichen groben Fremdkörpern (z. B. in die Lunge) verursachte Atemnot, nicht zu vergessen den kleinen, fast nicht zu zählenden Puls, der nach der Ölinjektion gerade mit allen Qualitäten desjenigen bei einer Aorteninsuffizienz versehen ist;

4. hätte sich der Anfall in noch bedeutend heftigerer Weise wiederholen müssen, wenn dem Pat. von neuem Antileprol eingespritzt würde. Dies trat nicht ein, im Gegenteil: die Beschwerden bzw. die Folgen des Anfalles verschwanden zusehends, „trotz" Injektionen von 1,2 ccm, die bereits 2 Tage später ausgeführt wurden.

Die von mir erwähnte Abschwächung der Antileprolwirkung konnte ich bei diesem Pat. nicht beobachten; bei ihm übte das Antileprol ganz besonders auf den Allgemeinzustand eine immer gleichbleibende ausgezeichnete Wirkung aus. Diese Behauptung halte ich trotz der vorher geschilderten „Rückfälle" aufrecht, welche ich nicht als Ausdruck der Abschwächung der Antileprolwirkung, sondern als zeitweises Ansteigen der Krankheitserscheinungen ansehe. Bemerkenswert scheint mir, daß trotz so langer Verabreichung des Medikaments auch nicht die geringste Gewöhnung bzw. Hebung der Toleranz gegenüber höheren Dosen zu ermöglichen war. Die Grenze für die Anwendbarkeit wird offenbar von der mechanischen Wirkung des Öles auf die Lungenkapillaren festgelegt.

Vom 15. Monat der Behandlung an begann ich auch bei dem Pat. die Kombination von Antileprol- und Brechweinsteininjektionen durchzuführen. Er klagte näm-

Digitized by Google

lich darüber, daß er eine erhöhte Schmerzhaftigkeit in der Kehle und unter dem Brustbein verspüre, wenn die übliche Antileprolwirkung während einer seiner Erkältungen eintrete. Dazu machte sich bei ihm eine neue Wirkung des Antileprols geltend: wenn der Husten verschwunden war, trat den ganzen Tag über ein Schwindelgefühl auf, welches den Pat. hochgradig störte und auch psychisch deprimierte. Dies Gefühl wurde trotz fallender Dosen stärker, und ich hätte unter 0,4 ccm gehen müssen, um es zu unterdrücken. Hierbei muß ich wieder die auffallende Einheitlichkeit der Antileprolmengen erwähnen bzw. den schon einmal gemachten Hinweis auf die „kritische" Dosis von neuem unterstreichen. Wenn ich unter 0,4 ccm blieb, verschlechterte sich das Allgemeinbefinden, die Konjunktivitis flackerte wieder auf usw.; so daß ich die Vermutung habe, daß unter 0,4 ccm das Medikament von untergeordneter bzw. nichtssagender Bedeutung bleibt.

Die Kombination der Brechweinsteinlösung scheint mir in diesem Falle von sehr günstiger Wirkung gewesen zu sein: gewissermaßen trat ein Ausruhen der dauernd angegriffenen Lungenkapillaren infolge des größeren Zwischenraumes in der Applikation auf und damit wieder eine veränderte Verträglichkeit.

Im August 1925, also nach 30 Monate langer Behandlung, fiel dem Pat. ein Eisenstab auf den Fuß, wobei er sich beträchtliche Hautabschürfungen zuzog, deren Folgen mit erschreckender Geschwindigkeit fortschritten. Innerhalb von 3 Wochen stiegen die Erscheinungen geradezu unaufhaltsam an, Stellen, welche bestimmt von dem Unfall nicht betroffen waren, erkrankten unter Abhebung der Haut nach Blasenbildung, wobei unter der Blase eine eitrige Flüssigkeit entstand. Die befallenen Stellen nahmen ein gangränöses Aussehen an und stanken. Der Pat. wurde damals gerade abwechselnd mit Antileprol- und Brechweinsteininjektionen behandelt.

Ich begann wieder mit ausschließlicher Antileprolbehandlung und konnte nun feststellen, daß jetzt die vorher erfolglos mit feuchten Kaliumpermanganatumschlägen behandelten Hautflecke sich reinigten, daß das gangränöse Aussehen einer hellroten gesunden Wundfläche Platz machte, und daß innerhalb von weiteren 3 Wochen sämtliche Hautdefekte verheilt waren. Ich kann nicht unterlassen, festzustellen, daß den Pat. die rigorose Antileprolbehandlung diesmal ganz enorm anstrengte. Das Schwindelgefühl trat stärker auf als je, bei alledem war aber der Appetit gut, ebenso die Verdauung, jedoch klagte der Pat. über große Mattigkeit, die ihn zeitweise mit unwiderstehlicher Gewalt überfiel, und das Bedürfnis erzeugte, zu schlafen. Diese Form der Ermüdung muß aber doch hervorgehoben werden im Gegensatz zu der anfänglich mit schlaflosen Perioden und immer gleichmäßiger bleierner Schwäche vorhandengewesenen Art des Angegriffenseins; ich neige daher dazu, den jetzt eingetretenen Zustand als Reaktion einer Überlastung des Organismus mit Antileprol anzunehmen, nota bene bei ausgesprochener Heilwirkung des Mittels. Es liegt nahe, hier einzuwenden, daß die Wirkung der Brechweinsteinlösung in diesem Falle gleichzustellen sei mit einer ganz gewöhnlichen Verzögerung der Antileprolinjektionen, bzw. daß das Versagen dieser Lösung in der Hautkrisis so offenbar gewesen sei, daß dem Mittel jede Berechtigung bei der Kombination abzusprechen wäre, daß es ebensogut wäre, während des Intervalls von 4 Tagen gar nichts zu injizieren: diese Ansicht ist ganz sicher irrig, ich werde an Hand eines anderen Falles die ganz wundervolle Wirkung auch der Brechweinsteinlösung dartun.

Ich ging also nach Beseitigung der Hauterscheinungen wieder dazu über, den Pat. abwechselnd mit Antileprol und Brechweinstein zu behandeln, was eine sehr wohltuende Wirkung ausübte.

Im November 1925 trank er nach Beendigung seiner Arbeit sehr stark geeistes Selterwasser schnell und in ziemlicher Menge. Unmittelbar nachdem er sein Glas niedergesetzt hatte, fiel er wie tot um. Von seinen Arbeitsgenossen wurde ich etwa 3 Stunden später gerufen und fand den Pat. in einer ganz ähnlichen Situation wieder wie damals im März 1924. Die Erscheinungen waren jedoch beträchtlich geringer.

Wieder ein Kältereiz hatte also diesmal ganz plötzlich (damals langsam) eine lebensbedrohende Situation auf Grund eines Angriffes auf den Vagus herbeigeführt, mit diesmal leichter Dyspnoe und erneuten Erscheinungen des kardialen Asthmas. Adrenalin, Morphium und Atropin halfen wieder prompt.

Ich muß nachträglich bemerken, daß der Pat. in seinem ganzen Leben, außer diesen beiden genannten, solche Anfälle noch nicht gehabt hat.

Es steht außer Zweifel, daß man mit Recht hätte erwarten können, daß der

Digitized by Google

zweite Anfall schwerer verlaufen wäre, besonders da hinlänglich bekannt ist, daß sogar ein gesunder Mensch durch das schnelle Trinken einer geeisten Flüssigkeit zu Tode kommen kann. Bei dem Pat. C. liegt doch ganz sicher eine von der Lepra bedingte Erkrankung der inneren Organe, besonders des Magens und der Gefäßnerven vor. Trotzdem kann 18 Monate nach einem schweren Anfall nicht nur keine Verschlechterung, sondern eher eine Steigerung der Widerstandsfähigkeit des Organismus gegenüber den Auswirkungen dieser loci minoris resistentiae festgestellt werden.

Der Befund am 4. Januar 1926 ist folgender:

Das Allgemeinbefinden ist auf der Höhe, keine Anästhesien, keine Schmerzen, leichte Konjunktivitis, das Aussehen ist nach wie vor schreckenerregend (obwohl die Schwestern von Guapira, welche an noch stärkere Dosen gewöhnt zu sein scheinen, behaupten, daß er sich ganz bedeutend auch äußerlich verändert habe). Appetit ist gut, Schlaf ist gut, seine Arbeitsfähigkeit vollkommen. Die Erregbarkeit ist immer noch beträchtlich. Diese unglückliche Tatsache führte dazu, daß der Pat., welcher sich mit vorbildlicher Geduld der Behandlung unterzogen hatte, aus folgendem Grunde die Behandlung aufgab: Beim Essen wurde er von dem Gastwirt, bei dem er seit Jahren seine Mahlzeiten einzunehmen pflegt, darauf hingewiesen, daß sein Aussehen der Grund dafür wäre, wenn in letzter Zeit weniger Gäste erschienen seien. Der aufs tiefste gekränkte C. beschloß darauf, sich wieder in das Lepraheim in Guapira zu begeben, da er „keine Lust mehr hat, sich beim Essen zu verstecken".

Frl. E. de R., Italiobrasilianerin, 23 Jahre alt, Eltern und Geschwister gesund. Sie erkrankte vor ungefähr 4 Jahren mit rheumatismusähnlichen Schmerzen in den Armen und Beinen. Eine gegen den Rheumatismus gerichtete Therapie schlug fehl. Bald darauf bemerkte sie an den Armen und Beinen Flecke, deren Bereich erst schmerzhaft und dann unempfindlich war. Dann stellten sich allgemeine Schmerzen mit einer sehr beträchtlichen Abmagerung ein. Diese verstärkten sich bald derartig, daß die Pat. weder arbeiten noch schlafen konnte. Der Zustand wurde als ganz verzweifelt geschildert. Die Schmerzen hielten aber nicht dauernd an, sondern kamen und gingen in einer gewissen Regelmäßigkeit. Zuerst dauerten sie etwa 1 oder 2 Tage, dann erfolgte eine Ruhepause von 3—4 Monaten, dann begannen sie eine Woche anzuhalten, während die Pausen immer geringer wurden, schließlich bestanden die Schmerzen monatelang und die Pausen betrugen nur noch wenige Tage, um endlich ganz zu verschwinden, so daß die Pat. angibt, in den letzten 6 Monaten fast dauernd Morphium und ähnliche Präparate genommen zu haben, nur um auf kurze Zeit den unerträglichen Schmerzen zu entgehen. Bei einem Naturheilkundigen nach dem anderen war sie in dauernder zweckloser Behandlung gewesen, dort hat man auch begonnen, sie mit Morphium zu „behandeln".

Befund am 7. 8. 23. Ganz abgemagertes Mädchen mit auffallend dünnen Knochen und schlaffer Haut; blasse Gesichtsfarbe. Das Gesicht weist den eigentümlich veränderten Ausdruck der Lepra auf. Außer einigen Flecken, deren Bereich gänzlich anästhetisch ist, kein besonderer Befund.

H: positiv, WR: positiv.

Beschwerden: Rasende Schmerzen in den Armen und Beinen, Schlaflosigkeit aus diesem Grunde, komplette Anorexie. Die Pat. ist nicht imstande, allein in mein Sprechzimmer zu kommen, Bruder und Mutter müssen sie fast tragen, wobei sie große Schmerzen bei jeder Berührung verspürt.

Nach nicht ganz 14 Tagen sind die Schmerzen fast vollkommen verschwunden, die Pat. hat in dieser Zeit etwa 6 oder 7 intravenöse Injektionen Antileprol erhalten. Der Appetit, seit Monaten nicht mehr vorhanden, ist dabei, wiederzukehren. Schlaf und Allgemeinbefinden gar nicht mehr mit vor 14 Tagen zu vergleichen.

Bevor ich in der Beschreibung der Krankengeschichte dieser Patientin, welche sich noch heute, also bereits seit 31 Monaten, in meiner Behandlung befindet, fortfahre, möchte ich die Aufmerksamkeit des Lesers auf eine von mir mehrfach und in diesem Falle ganz besonders deutlich erkennbare Eigentümlichkeit des Vorwärtsschreitens der Erkrankung lenken.

Bei dem Pat. C. verschlechterte sich das Leiden im allgemeinen sehr langsam und sehr gleichmäßig, ja fast unmerklich, nur hier und da fanden sich vereinzelte explosionsartige Verschlimmerungen, hier dagegen sind wir überrascht von der blitzartigen Vorwärtsentwicklung des Zustandes der Pat., welche jedoch bei alledem auch nicht frei von kleinen Remissionen blieb. Wir sehen, die torpidesten Fälle

Digitized by Google

zeigen plötzliche bedeutende Verschlechterungen, und selbst die ganz foudroyanten sind nicht frei von Zeiten, in denen man glauben möchte, daß entweder das infektiöse Virus schwach wird oder der Organismus erstarkt.

Wenn es auch nicht gelingt, in sinnfälliger Weise bis zur letzten Klarheit die Wirksamkeit des Antileprols zu demonstrieren, so können wir uns an Hand dieser Vorkommnisse einen Begriff von dem Wert unserer therapeutischen Hilfsmittel verschaffen. Ohne Behandlung wird ganz offensichtlich die natürliche Abwehr des Organismus bis zur völligen Allergie immer schwächer. Wenn nun nach dem bereits konstatierten Daniederlegen der Abwehrorganisation des Körpers während der Behandlung wieder Abwehrzeichen auftreten, dann müssen wir die Wirksamkeit des Medikaments dafür verantwortlich machen. Es ist doch unser Bestreben, auch über die subjektiven Angaben der Patienten hinaus zu erkennen, wie weit unsere Hilfe reicht; auch dürfen wir uns nicht von solchen „objektiven" Zeichen verwirren lassen, welche sich auch bei nichtleprösen Erkrankungen niemals zurückbilden, bzw. nur in ganz seltenen Ausnahmefällen; hierher gehören z. B. die so oft erwähnten Flecke, von denen — schon allein vom Standpunkte der Kenntnisse bezüglich der Pigmentverhältnisse an beliebigen, erkrankt gewesenen Hautpartien — ein völliges Schwinden der vorhanden gewesenen Affektion ohne weiteres gar nicht verlangt werden kann. Das wichtigste Kriterium für die Wirkung der Antileprol- und Brechweinsteininjektionen ist daher meines Erachtens nicht die gewöhnliche sinnfällige Veränderung der Hautflecke oder des allgemeinen Aussehens, **sondern die Umstimmung des gesamten leprösen Organismus in der Richtung der Defensivreaktion des Körpers, welche sich in Form von immer längeren Intermissionen zwischen den jeweiligen schubweisen Verschlimmerungen der Krankheit bemerkbar machen.**

Dies lehrt uns in hervorragender Weise die Krankengeschichte der Pat. E. de R. Nämlich im Laufe der Behandlung entwickelte sich die Krankheit spiegelbildähnlich wieder zurück, und zwar in folgender Weise: nachdem durch die ersten Antileprolinjektionen die Schmerzen vorübergehend verschwunden waren, traten sie bald wieder recht häufig auf, die Pausen waren selten, dann wurden die Schmerzen seltener und die Pausen größer, schließlich waren die Schmerzen eine ausgesprochene Seltenheit und es herrschte die „Pause". Hier also gelang es nicht nur, die Entwicklung des Verlaufes der Erkrankung aufzuhalten, sondern es wurden vermittels der Behandlung diejenigen Stadien erzeugt, die vor etwa 1—2 Jahren bestanden hatten. Die Pat. selbst bezeichnete sich als „gesund", fing wieder an zu arbeiten, war aber vernünftig genug, auf meine Warnungen zu hören, nicht voreilig die Behandlung zu unterbrechen. Hier und da traten im Laufe der nun folgenden Monate auf ein oder zwei Tage die Schmerzen wieder auf, was nach den vorangehenden Ausführungen nicht mehr als willkürlicher Zufall aufgefaßt werden wird.

Nach ungefähr 10monatiger Behandlung begann die Pat. die alle 2 Tage verabfolgten Antileprolinjektionen schwerer zu vertragen, weswegen ich auch bei ihr die kombinierte Behandlung einführte. Kurz darauf erschienen die Schmerzen wieder von neuem in großer Heftigkeit. Ich ging sofort wieder zur reinen Antileprolbehandlung über, mit dem Resultat, daß sich zu den unverändert bestehenden Schmerzen die Antileprolbeschwerden in störendster Weise hinzugesellten. Anfang Juni 1924 ging ich versuchsweise dazu über, eine Zeitlang nur Brechweinsteinlösung zu injizieren, nach wenigen Tagen waren die Schmerzen verschwunden.

Hier möchte ich kurz erwähnen, daß ich bei der Pat. den Versuch gemacht habe, die angewendete Menge der Brechweinsteinlösung zu vergrößern. Während im allgemeinen 2—3—4 ccm anstandslos vertragen wurden, versuchte ich bei der Pat. 5 ccm einzuspritzen. Die Folgen waren schlimmer als diejenigen von 2 ccm Antileprol. Die Atmung setzte aus, es entstand Zyanose und ein als ganz enorm geschilderter Schmerz hinter dem Brustbein, also die stark vermehrten Symptome der Nausea. Seitdem habe ich niemals mehr die Dosis von 3 ccm überschritten.

Von September setzte die Pat. die Behandlung etwa 2 Monate aus, während dieser Zeit hat sie nur ganz selten leichte Schmerzen verspürt, sie begab sich jedoch wieder in regelmäßige Behandlung, da sie fürchtete, daß die Beschwerden wieder stärker werden könnten. Seitdem ist sie bis heute in Behandlung, und es geht ihr nach ihren eigenen Worten genau so, als wäre sie nie krank gewesen. Sie hat sehr lange Zeit hintereinander nur Brechweinsteinlösung erhalten, erst letzthin erhielt sie mit großem Widerstreben einige Antileprolinjektionen, von denen sie behauptet,

Digitized by Google

daß sie ihre Schmerzen hervorrufen. Es ist schon oft passiert, daß sie mit leichten Schmerzen in den Armen oder in der Kniekehle zu mir kam; unmittelbar nach der Injektion von Brechweinstein war der Schmerz verschwunden, so daß ich manchmal das Gefühl hatte, die Pat. lasse sich etwas derartiges suggerieren, jedoch wurde ich bei Einspritzung einer Jodnatriumlösung, welche doch gegen rheumatische Beschwerden vorzügliche Dienste leistet, und welche äußerlich überhaupt nicht von der ebenfalls farblosen Brechweinsteinlösung zu unterscheiden ist, sofort entlarvt. Der Schmerz blieb bestehen.

Befund am 13. 3. 1926: Das Mädchen ist immer noch außerordentlich zart, der Umfang der Arme und Beine hat, allerdings wenig, aber sicher zugenommen. Der Appetit ist gut, das Befinden ist absolut befriedigend. Keine Anästhesien, keine Hyperästhesien. Nach wie vor hier und da Schmerzen in den Armen und in der Kniekehle. Das Aussehen hat sich unbedingt geändert. Niemand würde ihr ansehen, daß sie die Lepra hat.

H: negativ, WR: nicht ausgeführt.

Frl. M. B., Italobrasilianerin, Eltern und Geschwister gesund. Seit 1½ Jahren Anästhesien. 13 Monate ausschließlich mit Antileprol behandelt. Anästhesien verschwunden. Injektionen tadellos vertragen. Sonst keine Besonderheiten.

Frl. G., Dänin, 17 Jahre alt, Eltern tot, sollen nicht leprös gewesen sein. Wird mir von den Schwestern des Lepraheims in Guapira zugesandt. Anamnestisch machen die Pflegeeltern die merkwürdige Angabe, daß die jetzt vorliegenden Krankheitserscheinungen sich im Anschluß an einen ganz außerordentlich schweren Typhus abdominalis herausgebildet haben. Erste Untersuchung am 22. 8. 1924.

Hier findet man im Gesicht eher eine Art zyanotischer Verfärbung, jedoch mit ziemlich starker Andeutung der charakteristischen Veränderungen. Die Haut der Extremitäten ist trocken und mit kleinen weißlichgrauen Schüppchen bedeckt. Die ganze Struktur der Haut hat etwas ausgesprochen Ichthyosiformes, bei alledem läßt sich die von der Hauptkrankheit ausgehende Verfärbung ins bräunlichviolette nicht verleugnen. Der Ernährungsstand ist sehr schlecht.

Anästhetische und hyperästhetische Zonen. Beschwerden: Die vor 3 Jahren einmal regelmäßig vorhanden gewesene Menstruation ist nie wiedergekommen. Dauernder dumpfer Druck über den Augen, bohrende Schmerzen im Hinterkopf, schlechter Appetit.

Nach der zweiten Antileprolinjektion erschien die Menstruation wieder. Unmittelbar darauf besserten sich alle Beschwerden. Das Mädchen nahm etwa 10 kg zu, entwickelte sich ganz plötzlich hervorragend gut; mit Nachhilfe von einer 5%igen Salizylsalbe gewann die Haut in geradezu unglaublicher Weise das normale Aussehen wieder, der Gesichtsausdruck läßt nur noch bei Betrachtung mit großer Aufmerksamkeit den Gedanken an Lepra aufkommen. Die Pflegeeltern behaupten, ebenso wie die Schwestern in Guapira, daß das Mädchen nicht wiederzuerkennen sei.

Ich habe diesen Fall ausschließlich deswegen angeführt, weil er zeigt, daß hier und da auch äußerlich beträchtliche Erfolge zu erzielen sind, dann aber ganz besonders wegen der ausgesprochenen Wirkung des Antileprols auf das Wiederkehren der Menstruation, was meine Ansicht stützt, daß bei der Beurteilung des Wertes der Antileprolinjektion die Umstimmung der ganzen Konstitution von entscheidender Bedeutung ist. Hier hat unbestreitbar die Antileprolinjektion revolutionierend auf den gesamten Apparat der Drüsen mit innerer Sekretion gewirkt, was vielleicht auch sonst oft genug vorkommen, nur nicht festgestellt zu werden pflegt.

Zum Schluß nur noch kurz und andeutungsweise den Fall des Herrn L., mit einer ekzemähnlichen leprösen Veränderung am linken Unterarm erkrankt. WR: positiv, H: positiv.

Dieser Mann wurde mir von Herrn Dr. Stapler zugewiesen, und ich hatte die Genugtuung, ihm zu zeigen, daß nur mit 3 Antileprolinjektionen die Affektion am Arm des L. so gut wie verschwunden war. Das Interessanteste an diesem zweifellos ganz frischen Fall ist die Tatsache, daß er das Antileprol am allerschlechtesten verträgt, und zwar ist die Reaktion bei ihm so stark, daß er einmal mehrere Tage deswegen zu Bett liegen mußte, die therapeutische Wirkung ist dafür aber auch die größte, die ich in meiner bisherigen Praxis gesehen habe, allerdings glaube ich, noch nie einen so frischen Fall in meiner Behandlung gehabt zu haben. Ob also die Verträglichkeit des Antileprols nahelegt, daß die Wirkung schlechter ist, weil die

Digitized by Google

Reaktion geringer war? — oder ist sie letzten Endes doch mehr oder weniger individuell variabel? Diese Fragen wage ich nicht zu entscheiden.

Den letzten Rest der Affektion am Unterarm des Herrn L. beseitigte ich mit Injektionen von Brechweinsteinlösung. Antileprol erhielt er letzthin nicht. Das Allgemeinbefinden des Herrn L., der sich erst 3 Monate in meiner Behandlung befindet, hat sich während dieser Zeit ganz bedeutend verschlechtert.

Alle übrigen Krankengeschichten lasse ich fort, obwohl sie alle etwas Interessantes, jedoch prinzipiell nichts Neues enthalten. Zusammenfassend glaube ich sagen zu dürfen, daß die intravenösen Injektionen von Antileprol zusammen mit Brechweinsteinlösung oder auch allein der Lepra gegenüber eine ganz erstaunliche Wirksamkeit beweisen, was ich ganz besonders für die makulo-anästhetische Form behaupten kann (Fälle von Lepra mutilans habe ich nicht behandelt). Bei all diesen ausgesprochen günstigen Resultaten bietet diese Art der Applikation meines Erachtens gegenüber den sonst geübten die folgenden Vorteile:

1. Der Pat. und der Arzt sind niemals abhängig von interkurrenten Komplikationen wie sie durch Abszesse infolge intramuskulärer Injektionen oder schwerere Inanspruchnahme des Magendarmkanals infolge oraler Applikationen entstehen, wodurch eine regelmäßige und genügend lange Behandlung gewährleistet wird.

2. Die Dosierung des Mittels ist bedeutend rationeller als die vollkommen dunkle und gar nicht mehr zu verfolgende Wirkung der intramuskulär angelegten Depots.

3. Sie ist innerhalb der angegebenen Dosierungen vollkommen ungefährlich.

4. Sie bringt bei einer eventuellen Massenbehandlung von Staats wegen eine Ersparnis an Material von mindestens 300% Öl mit sich, also vom sozialökonomischen ebenso wie vom sozialhygienischen Standpunkt angezeigt.

Sie ist schmerzfrei und trotz der geringen verwandten Ölmenge der intramuskulären Injektion mindestens gleichwertig in bezug auf den Erfolg.

Sechs bemerkenswerte Fälle aus der Haut- und Geschlechtskrankenabteilung des Marinelazarettes Kiel-Wik

Von

Marinestabsarzt Dr. Heinrich Ruge

Mit 1 Abbildung im Text

I. Extragenitaler syphilitischer Primäraffekt

Vorgeschichte: Früher nicht ernstlich krank gewesen; er hat sich angeblich am 28. (18.?) XII. 1922 in der Badekammer an Bord eines Linienschiffes an der linken 4. Zehe geschnitten; die Wunde vereiterte dann. Er meldete sich am 23. I. 1923 wegen Schmerzen im Fuß krank. Aufnahmebefund im Schiffslazarett: 23. I. 1923. 22jähr. kräftiger Oberheizer. Am Grundgelenk der linken 4. Zehe an der Beugeseite ein etwa pfenniggroßes, schmierig belegtes Geschwür, das ziemlich scharfe Ränder zeigt. Oberschenkeldrüsen links kirschgroß, schmerzlos. Geschlechtsorgane ohne Besonderheiten. Wegen des verdächtigen Aussehens der Wunde wird am 25. I. eine Blutprobe eingesandt. 27. I.: Unter Dermatol und feuchten Verbänden verkleinert sich das Geschwür langsam. 29. I.: Das Geschwür heilt langsam ab; die am 25. I. eingesandte WR ist ++++. Die Drüsenschwellung am Oberschenkel ist unverändert; da das Geschwür unter indifferenter Behandlung langsam zurückgeht, wird vorläufig von einer spezifischen Behandlung abgesehen und das Ergebnis der zweiten heutigen Blutprobe abgewartet. 31. I.: Das Geschwür ist fast ganz verheilt. 8. II.: WR vom 29. I. ++++. Auftreten eines kleinfleckigen Ausschlages am ganzen Körper, Plaques mouqueuses auf beiden Mandeln, allgemeine Drüsenschwellung; wird zur Weiterbehandlung einem Marinelazarett überwiesen. Dort wird folgender Aufnahmebefund erhoben: Am Grundgelenk der linken 4. Zehe an der Beugeseite ein Schorf, nach Ablösen des Schorfs erscheint eine im Vernarben begriffene Stelle, der Sitz des Primäraffektes. Sp. pall. + (Dunkelfeld). Am Rumpf beginnendes makulopapulöses Exanthem. An der Rachenschleimhaut

Digitized by Google

Papeln, Mandeln geschwollen und gerötet. Leisten- und Oberschenkeldrüsen links paketartig geschwollen, schmerzlos. Urin: E. —, Z. —. WR vom 8. II. 1923 ++++. Krankheitsbezeichnung: Syphilis N sekundär. Behandlung: antiluetische Kur mit Salvarsan und Hg.

Es handelt sich also im vorliegenden Falle um einen extragenitalen Primäraffekt, der anscheinend durch Verletzung in der Badekammer an Bord erworben ist. Die Diagnose konnte durch Auftreten eines typischen Exanthem , die positive WR und durch den Nachweis der Sp. pall. im Primäraffekt gesichert werden. Auffällig erscheint das frühzeitige Auftreten der positiven WR; sie legt die Vermutung nahe, daß die Verletzung vielleicht doch schon etwas eher stattgefunden hat.

II. Drei Fälle von Ansteckung mit Lues II durch eine Person

Es kamen hier drei Fälle zur Beobachtung, die sich nachweislich bei demselben Mädchen angesteckt hatten und jedoch eigentümlicherweise alle drei keinen Primäraffekt oder Narben eines solchen aufwiesen und erst im Sekundärstadium in Behandlung traten. Bei der Partnerin ergab sich eine floride Syphilis.

Fall I. Heizer Gr., Hauptkrankenbuch-Nr. 2795/21. Ansteckung: 3. X. 1921. Ort und Art: Erna P., Ahlbeck. Erste Erscheinungen: Ausschlag. Krankmeldung: 20. XII. 1921. Aufnahme: 21. XII. 1921. Vorgeschriebene Schutzmaßregeln: keine. Befund: Schanker nicht vorhanden, keine Narben. Haut: kleinfleckiger, braunrötlicher Ausschlag an Rumpf und Gliedmaßen. Drüsen: allgemein schmerzlos geschwollen. Serumreaktion: ++++. Behandlung: Hg, Salvarsan. Punktion 4. I. 1922: klar, Pandy opal, Phase I +, Zellen 1, WR-Li. 0,5 — —.

Fall II. Heizer W., Hauptkrankenbuch-Nr. 2634/21. Ansteckung: 25. IX. 1921. Ort und Art: Erna P., Ahlbeck. Erste Erscheinungen: Ausschlag (25. XII. 1921). Krankmeldung: 26. XII. 1921. Aufnahme: 29. XII. 1921. Vorgeschriebene Schutzmaßnahmen: angeblich Taschenprophylaxe. Befund: Schanker nicht vorhanden, ebenso keine Narbe. Haut: kleinfleckiger, dunkelbräunlicher Ausschlag am ganzen Körper. Schleimhäute: Papeln am After. Drüsen: allgemein schmerzlos geschwollen. Serumreaktion: ++++. Behandlung: Linser-Kur. Punktion 4. I. 1922: Pandy opal, Phase I +, Zellen 1, WR-Li. 0,5 — —.

Fall III. Oberheizer K., Hauptkrankenbuch-Nr. 71/22. Ansteckung: 22. XI. 1921. Ort und Art: Erna P., Ahlbeck. Erste Erscheinungen: Ausschlag (4. I. 1922). Krankmeldung: 5. I. 1922. Aufnahme: 7. I. 1922. Vorgeschriebene Schutzmaßnahmen: Taschenprophylaxe nach $2^1/_2$ Stunden. Befund: Schanker nicht nachzuweisen, ebensowenig Schankernarben. Haut: am ganzen Körper kleinfleckiger, rötlicher, zum Teil nässender Ausschlag (kleinmakulopapulöses Exanthem). Drüsen: allgemeine schmerzlose Drüsenschwellung. Serumreaktion: ++++. Behandlung: Hg, Salvarsan. Punktion 18. I. 1922: Pandy +, Phase I opal, Zellen 1.

WR-Li.	0,1	0,25	0.5
I	—	∓	∓
II	—	+	∓

III. Spontangangrän des Penis

Heizer F., Hauptkrankenbuch-Nr. 1906/1920, 20jährig. Ansteckung: vor 4 Wochen in der Muhliusstraße, Kiel. Erste Erscheinungen: seit 4 Tagen Schwellung der Vorhaut. Behandlung bisher: Kochsalzbäder und Umschläge; die Schwellung hat zugenommen, ein Geschwür ist angeblich nicht vorhanden. Befund: starke ödematöse Schwellung der Vorhaut. Eichel ist nicht freizulegen. Reichlich eitrige Absonderung. Krankheitsbezeichnung: entzündliche Phimose. Lazarettaufnahme: 12. VIII. 1920. Schanker: Vorhaut ödematös geschwollen und nicht reponierbar, starke eitrige Absonderung. Haut: Papeln am After, Alopezia specifica. Drüsen: beiderseits schmerzlose Leistendrüsenschwellung. Spirochätenbefund: + im Papelpräparat. Serumreaktion: ++++. Behandlung: Salvarsankur, Blutkontrolle. Feuchte Umschläge auf den Penis. 27. VIII.: 10 Salvarsan, 10 Kalomel, am 14. X. beendet. Kur wurde gut vertragen. WR 7. X. Die Entzündungserscheinungen der Phimose sind nicht zurückgegangen, auch nicht nach 6 Spritzen Dispargen intravenös. Längsschnitt auf der Dorsalseite des Penis im Ätherrausch, Spaltung der Phimose. 9. XI.: Im Laufe der letzten Tage ist die ganze Vorhaut erheblich mehr geschwollen. Die Schnittwunde klafft weit auseinander, die Wundränder zeigen schmierigen,

Digitized by Google

übelriechenden Belag. Auf der Eichel einzelne Erosionen. F. hat erhebliche Schmerzen, schläft nachts nur auf Morphium. Feuchte Verbände. Wird zur Weiterbehandlung auf die chirurgische Abteilung verlegt. 13. XI.: Die ganze Vorhaut ist ödematös geschwollen. die Operationswunde gangränös. Tiefe, schmierig belegte Wundfläche auf der Eichel, Salbenlappen mit Borsalbe, feuchter Verband, dauernd hohes Fieber. Mäßig gutes Allgemeinbefinden. 20. XI.: Wunde auf der Dorsalfläche in Reinigung begriffen, der Rest ist schmierig-nekrotisch. Blutentnahme. Wasserbad tagsüber, nachts Borsalbenverband. Jeden zweiten Tag Dispargen. Roborierende Diät. 25. XI.: Im Blut eigenartige Stäbchen, die der Bakteriologe für „Verunreinigungen" ansieht. Beginn einer neuen Neosalvarsankur. 30. XI.: Auf dem Rücken des Penis und der linken Seite scheint sich die Wunde zu demarkieren, rechts und unten schreitet sie fort. Starker Husten. kein Auswurf. 12. XII.: Keine Besserung, fortschreitende Gangrän. Die Eichel ist bereits ganz zerfressen, seitlich und unten geht die Gangrän bis 1 cm hinter den Sulkus. Über dem rechten und linken Unterlappen deutliche Schallverkürzung, Rasseln, Giemen, verstärktes Stimmschwirren. Auch über der übrigen Lunge katarrhalische Erscheinungen. Wenig schleimiger Auswurf. Jodkali 6:200. Dispargen ab. 10. XII.: Unaufhaltsam fortschreitende Gangrän, Eichel völlig verschwunden, der halbe Schaft ebenfalls. Wunde schwarzbraun-schmierig, übelriechend. Auswurf geringer. Starke Abmagerung und Anäme. Große Hinfälligkeit. 20. XII.: Pat. macht einen frischeren Eindruck. Am Glied keine Besserung. Die Gangrän erreicht auf der Unterseite bereits den Hodensack. 25. XII.: Pat. fühlt sich subjektiv wohler. Über den Lungen überall vereinzeltes zähes Rasseln und etwas Giemen. Keine ausgesprochene Schallverkürzung. Auswurf eitrig-schleimig, aber nur wenig Flocken. Fortschreitende Gangrän des Penis. Höhensonne zweimal wöchentlich. 1. I. 1921: Der Lungenbefund hat sich nicht geändert. Das Glied ist völlig abgefressen. An seiner Ansatzstelle sieht man eine handtellergroße Wunde. Es zeigt sich eine schwarzgrüne, schmierig belegte, schlaffe, übelriechende Wundfläche. die von einem scharfen, blassen, unterminierten, nicht verdicktsn Rand begrenzt wird. Das subjektive Wohlbefinden steht im krassen Widerspruch zu seinem desolaten Zustand. 8. I.: Keine Änderung, Temperatur noch hoch. Das Geschwür wird jetzt kraterförmig tief. Penis bis zum Ansatz an das Schambein nekrotisch, die Nekrose greift halbhandtellergroß auf den Hodensack über, Hoden und Samenstränge noch frei. An den Lungen zur Zeit geringer Befund. 15. I.: Klagen über große Schmerzen, besonders abends beim Wasserlassen. Die Nekrose schreitet fort und hat die Haut im Bereich der Schamhaare ergriffen bis auf zwei seitliche Aussparungen gegenüber den Leistenringen. Skrotum ist im ganzen Umfang befallen, auch die Hoden liegen jetzt frei. Die obere Umrandung der Wunde ist entzündlich gerötet und infiltriert. Der Kranke klagt über Schmerzen in den Bauchdecken, so daß an ein Fortschreiten der Infektion auf die Bauchwand zu denken und Gangrän zu fürchten ist, nicht ein Absterben an der Wurzel des Penis. Große Hinfälligkeit. Kranker nimmt Speisen und Getränke fast gar nicht mehr zu sich. Stärker einsetzende Mattigkeit und Benommenheit. Apathie. Puls wird sehr klein. 16. I.: Teilnahmlosigkeit nimmt zu. Es wird eine besondere Wache eingesetzt, da F. keine Kraft mehr hat, sich im Wasserbad allein über Wasser zu halten. Gegen 9 Uhr abends erfolgt der Tod.

Zusammenfassung

Schwere spontane infektiöse Gangrän des Penis und Skrotum, frische sekundäre Syphilis, entzündliche Phimose und Bronchopneumonie. Ende Juli letzter Verkehr, anscheinend hierbei Infektion. Am 21. VIII. 1920 Krankmeldung und Lazarettaufnahme wegen einer Schwellung der Eichel und Vorhaut, die er seit 4 Tagen bemerkt hat. Der Befund auf der Geschlechtskrankenabteilung ergibt: gutes Allgemeinbefinden, regelrechter Befund der inneren Organe, stark entzündliche Phimose, welche sich nicht zurückschieben läßt. Indolente Leistendrüsenschwellung beiderseits, Papeln am After, spezifischer Haarausfall. Spirochäten: ++ in Papeln. Liquor: Pandy +, Nonne Phase I zarter Ring. Zellen 45, WR 0.5 ——, ——. Behandlung: Spaltung der Phimose, 10 Spritzen Salvarsan und Kalomel. WR ++++. 14. X. letzte Salvarsan-, 23. X. letzte Hg-Spritze. WR ——. Die entzündliche Phimose ist stärker geworden. Eitriger Ausfluß aus dem Vorhautsack. 27. X. Operation im Atherrausch. Längsspaltung der Vorhaut, kraterförmiges Geschwür am Übergang des inneren Vorhautblattes auf die Eichel. Die Schnittwunden, die zunächst rot aussahen, schwollen auf, zeigten klaffend eitrige Ränder und einen übelriechenden Belag. Das ganze Glied war entzündlich geschwollen. Auch die Eichel zeigte schwere

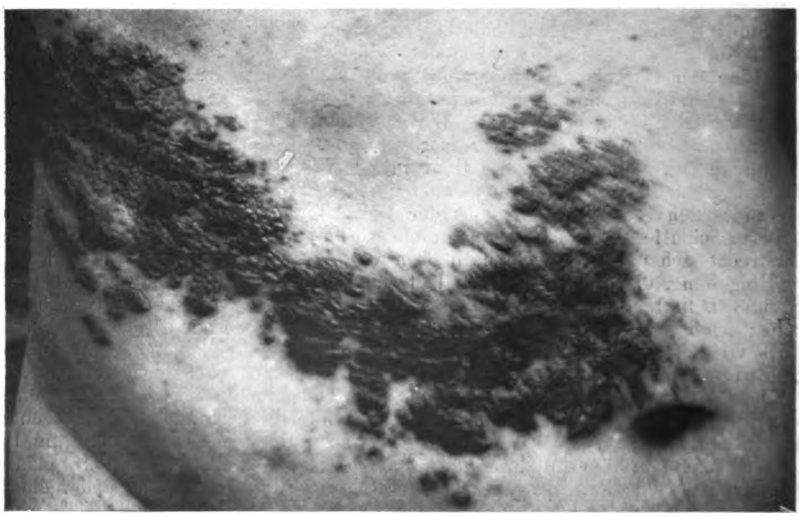
Digitized by Google

geschwürige Veränderungen. Hohes Fieber bis 39°, deshalb Verlegung auf die chirurgische Abteilung. Sehr elendes Allgemeinbefinden. Beginnende schwere Gangrän der Eichel und Vorhaut. Auf Kaliumpermanganatbäder keine Besserung. In kurzer Zeit rasch fortschreitende Gangrän, die bereits das halbe Glied umfaßt. Eine Operation ist nicht möglich, da der ganze Penis bis zur Wurzel geschwollen ist und die Eiterung und Entzündung sich um die Harnröhre fortzusetzen scheint. Es wird versucht, durch Dauerbad, Höhensonne, innere Verabreichung von Jodkali der Infektion Herr zu werden. Das Fieber bleibt dauernd hoch. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich trotz Euphorie zusehends, es besteht eitrige Bronchitis mit bronchopneumonischen Verdichtungen in beiden Unterlappen. Trotz Aufwendung aller Mittel geht bei Verschlechterung des Allgemeinbefindens der brandige Prozeß weiter. Es wird der Penis ganz zerstört, der Hodensack in der ganzen Vorderfläche befallen, so daß die beiden Hoden freiliegen, auch die ganze Haut des Mons veneris wird gangränös. Unter Hinzutreten einer Bronchopneumonie rascher Verfall der Kräfte. Exitus. Eine bakteriologische Feststellung der Gangränerreger ist wegen der Mischinfektion nicht möglich. Im Blut sind einmal plumpe Stäbchen gewachsen, die von dem Bakteriologen als Verunreinigung angesehen worden sind.

Die Sektion, die durch Geheimrat Prof. Dr. Döhle ausgeführt wurde, ergab folgenden Befund: Mittelgroße, männliche Leiche, stark abgemagert. Haut grauweiß, am Rücken Totenflecke. Beiderseits neben der Wirbelsäule eine fünfmarkstückgroße Stelle in der Höhe der Darmbeinschaufel, an der die Haut fehlt. Das Gewebe darunter ist freigelegt und in eine schmutzig-braune, gelbrote, zerfallene Masse umgewandelt, die mit einem schmierigen Belag bedeckt ist. Die Gangrän reicht bis auf den Knochen. Links eine ebensolche Stelle, die ungefähr markstückgroß ist. Über Kreuz- und Steißbein oberflächliche Dekubitusstellen. Die Haut in der Umgebung der Stellen ist in großer Ausdehnung grün gefärbt. Über der rechten Hüfte eine oberflächliche Dekubitusstelle, ebenso zu beiden Seiten des Kammes der Darmbeinschaufel. Der Penis ist in eine mißfarbene, schlaffe Masse umgewandelt, ebenso das geschwollene Skrotum. Die Gangrän erstreckt sich ungefähr 7 cm nach oben von der Wurzel des Penis aus. Die Haut in der Umgebung, die grün gefärbt ist, läßt sich leicht ablösen, darunter ist das Gewebe feucht und hellrot. Beim Herausnehmen der Genitalien zeigt sich das Gewebe stark ödematös; auch das Gewebe zwischen Blase und Schambein ist stark ödematös, ebenso seitwärts von der Blase. Die Bauchhöhle ist etwas feucht, das Bauchfell glatt, glänzend, grau. Brustmuskulatur sehr dürftig, hellrot. Das Netz ist nach oben verlagert, fettarm. Der Wurmfortsatz ist ungefähr 4 cm lang, scheint obliteriert. Die Lungen sind zurückgesunken und lassen einen breiten Spalt vom Mittelfellraum und Herzbeutel in großer Ausdehnung frei. Linke Lunge ist verwachsen, ebenso die rechte. Im Herzbeutel sind ungefähr 60 ccm klare gelbe Flüssigkeit. Das Epikard ist glatt, glänzend. Am Herzen ist wenig Fett, das Herz ist groß, 12 cm breit, 11 cm lang und 5 cm dick. Das rechte Herz ist weit, darin sehr wenig wäßriges Blut, Kruor und Speckgerinnsel. In der Pulmonalis Speckgerinnsel, Innenwand derselben glatt und zart, dreizipflige Klappe zart, Endokard rechts zart. Das eiförmige Loch ist geschlossen. Das linke Herz ist wenig zusammengezogen. Zweizipflige Klappe und Aortenklappen sind zart. Innenwand der Kranzarterien glatt. Muskulatur von mittlerer Dicke, weich, von blaßbräunlicher Farbe. In der Aorta ein paar flache gelbe Flecke über den Klappen, sonst ist sie glatt. In der Halsschlagader ein paar flache gelbe Streifen, Gaumenmandeln klein, weich, grauweiß. Im Schlund und Rachen Schleimhaut glatt, ganz leicht gerötet. Follikel äußerst spärlich und klein, Schleimhaut der Speiseröhre, in der sich ein gelblicher Belag befindet, ist im oberen Drittel blaßgraurot, im übrigen leicht gelb gefärbt. In den Luftwegen befindet sich etwas Schleim. Die Schleimhaut ist blaß, gelbbräunlich, mit wenig Gallerte. Bronchiale Lymphknoten sind leicht geschwollen, weich, schwarz und grau gefleckt. Thymusfelläppchen sind klein, die linke Lunge hat am unteren Lappen, da, wo sie von Verwachsungen frei ist, einen zarten fibrinösen Belag. Die Oberlappen sind lufthaltig, blaßgraurot und ergeben auf Druck reichlich farblosen Schaum. Nur in den hinteren und unteren Partien sind ein paar derbe braunrote, luftleere Herde. Der untere Lappen fühlt sich im allgemeinen fester an. Auf der Schnittfläche finden sich größere und kleinere luftleere, braunrote Herde, zwischen denen auch Inseln lufthaltigen grauroten Gewebes vorhanden sind. Am rechten Unterlappen findet sich auch über einer Stelle, die sich vom unteren Rand in einer Ausdehnung von ungefähr 7 cm erstreckt und dunkelrot gefärbt ist — dunkler als das übrige Gewebe —, ein zarter fibrinöser Belag. Nahe an der Spitze findet sich noch eine kleine ungefähr zweimarkstückgroße ebensolche Stelle. Unter diesen Stellen befinden sich in der Schnittfläche luft-

Digitized by Google

leere, braunrote Herde in graurotes, lufthaltiges Gewebe eingesprengt, das reichlich farblosen Schaum auspressen läßt. Der obere Lappen ist überall lufthaltig, blaß, läßt mäßig farblosen Schaum auspressen. In den Pulmonalarterienästen ist flüssiges Blut. Die Schleimhaut der Bronchien, in denen sich Schleim und Schaum befindet, ist gerötet. Milz 16:11:3½, Kapsel gespannt. Am unteren Rande ein paar infarktähnliche Stellen von blasser Farbe, sonst ist das Gewebe braunrot, weich, aber zähe und die Follikel groß. Nebennieren von mittlerer Größe, derb, Rinde blaßbräunlich. Mark grau. Nieren sind groß, linke Niere 13:7½:3, die Kapsel läßt sich leicht lösen. Die Oberfläche ist glatt, blaßgraurot, Schnittfläche ebenso, sehr feucht. Rinde von normaler Breite, das Mark noch etwas blasser gefärbt als die Rinde. Große Streifung deutlich. Rechte Nebenniere wie die linke, rechte Niere 12½:6½:3 verhält sich wie die linke. Nierenbecken und Harnleiter eng, Schleimhaut grauweiß, glatt. In der Blase wenig, etwas trüber heller Urin. Die Schleimhaut ist ganz leicht gerötet, die Prostata ist klein, der gangränöse Prozeß greift zum Teil von unten her darauf über, die Schleimhaut der Pars prostatica ist glatt. Beim weiteren Aufschneiden der Harnröhre zeigt sich, daß der



gangränöse Prozeß bis in das Innere vorgedrungen und die Schleimhaut zerstört, zum Teil in eine mißfarbene graue Masse umgewandelt ist. Die Hoden werden vorläufig nicht aus dem Skrotum genommen. Im Rektum ist zähbreiiger Kot, Gewebe zwischen Rektum und Blase ist ödematös, Samenblasen enthalten wenig zähe, fast farblose Flüssigkeit. Die Wand ist dünngrau, das Skrotum ist eine zundrige, lederartige Masse. Das Pankreas ist von mittlerer Größe, blaßgraurot, derb, körnig. Im Duodenum gelbgefärbter schleimiger Inhalt. Im Magen wenig gelbgrünliche Flüssigkeit, Schleimhaut ist samtartig grau, Gallenwege durchgängig, in der Gallenblase ist wenig grüne, zähe Galle. Die Leber ist von mittlerer Größe, Oberfläche glatt, Gewebe blaßgrau, rot, mit deutlicher Läppchenzeichnung, Konsistenz weich. Im Zökum ist zähbreiiger Kot, ebenso im Dickdarm. Die Schleimhaut des Zökums ist streifig gerötet, sonst ist sie blaßgrau, nur hier und da ganz leicht gerötet. Der Wurmfortsatz ist in der oberen Hälfte durchgängig und enthält Kot, sonst ist er obliteriert. Im Dünndarm ist wenig galliggefärbter Chymus, die Schleimhaut ist stellenweise leicht gerötet, an anderen Stellen blaß, die Peyer-Platten sind flach, die Follikel klein, Mesenteriallymphknoten klein, blaß, graugelblich, weich. Die retroperitonealen Lymphknoten sind klein, gerötet und leicht geschwollen. Bauchaorta ist glatt.

Diagnose: Gangrän am Penis, Skrotum und Unterbauchgegend, Dekubitusstellen an Rücken und Hüfte, Bronchopneumonie in beiden Unterlappen, starke Bronchitis, fibrinöse Pleuritis beiderseits, Pleuraverwachsungen beiderseits. Milzschwellung, kleine Infarkte in der Milz, trübe Schwellung der Nieren.

Digitized by Google

IV. Ungewöhnlich großer Herpes zoster

Vorgeschichte: In früheren Jahren nicht ernstlich krank gewesen. Anfang 1926 bemerkte Kranker einen zunehmenden Haarausfall. Die Untersuchung auf der Hautabteilung ergab eine typische Alopecia specifica, WR ++++, SGR ++++. Allgemeine schmerzlose Drüsenschwellung. Ein Primäraffekt oder eine Narbe konnte nicht nachgewiesen werden. Kranker selbst ist sich über die Art der Erwerbung seiner Erkrankung völlig im unklaren. Er ist verheiratet und bestreitet jeglichen außerehelichen Verkehr. Punktion ergibt u. a. einen positiven Liquor-WR, Goldsol- und Normomastixkurve zeigen eine typische Lueszacke. Behandlung mit 5,85 g Natriumsalvarsan und 21 ccm Bismogenol vom 23. IV. bis 7. VI. 1926. Der Anfang der Kur wurde stationär, der Rest ambulant gemacht. WR. SGR am 7. VI. 1926 ++++, am 12. VII. 1926 negativ. Am 8. VIII. 1926 Beginn der zweiten Kur, WR, SGR negativ; körperlich keine Besonderheiten; die Kur wird ambulant gemacht. Kranker erhält folgende Dosierungen: 8. VIII. = 3 ccm Bismuto-Yatren A intravenös, 1 ccm Bismuto-Yatren B intramuskulär; am 10. VIII. = 2 cm Bismuto-Yatren B intramuskulär. Am 12. VIII. vereinzelte kleine hirsekorngroße, umschriebene, leicht erhabene rote Stippchen auf dem Unterbauch. Patient unterbricht seine Kur und erscheint erst am 17. VIII. wieder und gibt an, daß sich innerhalb der nächsten Tage nach der letzten Einspritzung die Stippchen rasch vermehrt hätten und zusammengeflossen seien, er habe besonders in der Nacht auf der rechten Seite heftige Nervenschmerzen gehabt und habe sich kaum bewegen können, dazu sei Fieber aufgetreten. Nach dem Aufschießen der Blasen hätte das Fieber nachgelassen. Der Kranke bietet folgenden Befund: 46jähr. Mann, mittelgroß, etwas schmächtig. Innere Organe o. B., Urin o. B. In der Gegend der Segmente D 8 bis D 10 auf der rechten Seite ein vollentwickelter typischer Herpes, der vorn genau in der Mitte des Oberbauches aufhört, hinten dagegen bei D 9 und besonders bei D 10 etwas zungenförmig auf die andere Seite übergreift. Der größte Teil des Herpes bildet eine vom Rücken bis zum Nabel zusammenhängende Masse, der Rest besteht aus einigen kleineren, gesondert dastehenden Herden (s. Abbildung). 19. VII.: Der Herpes hat jetzt seine volle Höhe erreicht, die Blasen sind zum Teil mit blutigserösem Inhalt gefüllt, keine weitere Ausdehnung. Der Kranke fühlt sich verhältnismäßig wohl. Behandlung mit Zinkpaste und Aspirin. 25. VII.: Die Blasen mit dem serösen Inhalt sind aufgegangen oder teilweise eingetrocknet. Bei den Blasen mit hämorrhagischem Inhalt ist der Grund nekrotisch geworden und wird langsam abgestoßen. 2. VIII.: Weiteres Reinigen und Abstoßen nekrotischer Gewebsteile, übriger Herpes in guter Abheilung begriffen, juckend; Zinkpaste. Am 26. VIII. ist der Herpes vollständig abgeheilt. An seiner Stelle sieht man überall dazwischen bläulichrote Narben. Der Kranke ist noch etwas empfindlich gegen Zug, fühlt sich aber sonst völlig wohl. Die zweite Kur soll in nächster Zeit fortgesetzt werden.

Über die Ursache der Erkrankung ließ sich nichts ermitteln. Ein Zusammenhang mit der Behandlung dürfte gleichfalls als Ursache wohl kaum in Frage kommen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archiv für Dermatologie und Syphilis

1926, Bd. 152, H. 1

Pemphigus und Kolloidstruma, von E. Khoør, Haut- u. Geschlechtskrkh.-Abt. in St. Stephan in Budapest. S. 1—2. Bei einem 59jähr. Manne und einer 50jähr. Frau, die beide an Pemphigus foliaceus zugrunde gingen, fand sich eine kolloide Degeneration der Thyreoidea. Der hierdurch gestützten Auffassung des Pemphigus als Toxikose können die begleitenden Symptome: Diarrhoen, Muskelatrophie, Delirien, Kachexie und die parenchymatöse Degeneration fast sämtlicher Organe entsprechen. Ob die Dysfunktion

Digitized by Google

der Drüse die Ursache oder nur eine Begleiterscheinung der Toxikose darstellt, bleibt noch fraglich.

Zur Histologie der Gichtknoten, von E. Grün, Path. Univ.-Inst. Wien. S. 3 bis 6. Kristallhaltige, von einem Tophus angefertigte Schnitte (Härtung in Alk. abs. und Paraffinbettung) nehmen die Silberimprägnation nach Bielschofsky-Maresch intensiv an. Behandelt man aber die Schnitte vorher mit lauwarmem Wasser, so mißlingt das Verfahren. Es handelt sich also nicht um Gitterfasern, sondern das Silber lagert sich auf der Oberfläche der Uratkristalle ab und täuscht auf diese Weise den Anblick eines Fasersystems vor.

Über Kuhpockenerkrankungen bei Säuglingen, von E. Vollmer-Kreuznach. S. 7—11. In einem Säuglingsheim, in welchem vor einigen Wochen an einem Teile der Kinder die Impfung vollzogen war, entwickelte sich bei 7 Säuglingen an den Hinterbacken und in der Kreuzbeingegend ein Ausschlag, dessen Effloreszenzen den Charakter der Impfpustel zeigten. Befallen waren geimpfte wie nichtgeimpfte Kinder in gleicher Weise und an gleicher Stelle. Es handelte sich demnach um eine ektogene Übertragung (durch Hände, Windeln, Bettzeug) auf eine besonders empfänglich gewordene Hautstelle (durch häufiges Nässen).

Ein Fall von chronischem Rotz beim Menschen, von N. G. Sacrepa, Klin. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Staatsinst. Kuban. S. 12—15. Bei einem 22jähr. Pat. zeigte sich zunächst ein Geschwür am Unterschenkel und später gleiche Veränderungen im Rachen. Das äußere Geschwür heilte langsam, aber vollkommen aus, die im Rachen dagegen rezidivierten anhaltend. An der Schleimhaut trat dann plötzlich eine anfänglich unbedeutende Schwellung auf, aus der sich ein tiefes Infiltrat entwickelte, das bald, oft schon nach einem Tage zerfiel. Die Ränder des entstandenen Geschwürs waren scharf begrenzt, der runde weiche Grund mit einer grünlich-schmierigen Masse belegt, nach deren Entfernung eine zerklüftete Oberfläche zutage trat. Eine Allgemeinbehandlung mit Hg-Injektionen, Neosalvarsan und Protein (Milch) war resultatlos, desgleichen eine Lokalbehandlung. Wenn bei chronischen, immer wiederkehrenden und nicht zu beeinflussenden Geschwüren im Rachen sich gleichzeitig beim Pat. Schwäche, Erschöpfung, schwere Störung des Allgemeinbefindens, Gelenk- und Muskelschmerzen und pyämische Temperaturen zeigen, dann läßt sich mit Sicherheit auf das Vorliegen eines Rotzes schließen (auch schon ohne Nachweis des Erregers).

Ein neues Verfahren zum Entfernen von Pigmentmälern, Epheliden und anderen gruppierten Pigmenthypertrophien, von J. Sellei und J. Fenyö, Hautabt. d. Charité-Polikl. Budapest. S. 16—18. Zur Behandlung wird der sogenannte Nadelbrenner verwendet, bei dem die sehr dünne Nadelspitze, ohne glühend zu werden, die Haut in leichter Weise verschorft. Punktförmiges Berühren mit kurzem, leichtem Druck. Das Verfahren ist gewöhnlich einigemal zu wiederholen, führt selbst bei Epheliden schließlich zum dauernden Verschwinden.

Über Prurigo aestivalis, von J. Sellei und E. Liebner, Hautabt. d. Charité-Polikl. Budapest. S. 19—33. In den mitgeteilten Fällen beginnt die Krankheit in den Frühjahrs- oder Sommermonaten. Die Erscheinungen halten den Sommer über an und verschwinden im Herbst oder mit Anfang des Winters. Im Frühjahr erscheinen die Rezidive. Die ersten Symptome treten zwischen dem 16.—31. Jahre auf. Die Lokalisation betrifft regelmäßig die Extremitäten besonders an den Streckseiten, aber nicht ausschließlich, da sich an den Beugen Lichenifikation vorfindet. Gesicht und Hände sind nur in der Hälfte der Fälle in erheblich schwächerem Maße beteiligt. Die Effloreszenzen sind entweder stecknadelkopfgroße, lichenoide, strophulusartige, blaßrosafarbene, nicht schuppende oder größere, aus der Haut halbkugelig oder konisch vorstehende, rote, mit hyperämischem Hofe umgebene Papeln oder solche mit zentral sitzendem Bläschen. Pustulöse pyogene Erscheinungen fehlen, ebenso Bubonen. Die Frühjahrsrezidive beginnen mit fleckweise auftretenden juckenden hyperämischen Herden, die erst einige Tage später die charakteristischen Urtikariaquaddeln aufweisen. Bei den späteren sommerlichen Nachschüben fehlt dieses Vorstadium. Die Kranken zeigen eine nachweisliche Empfindlichkeit gegen Lichtstrahlen (Quarzlampe) und Wärme, die jedoch von der normalen nicht quantitativ, sondern qualitativ abweicht; eine allgemeine Erhöhung der Reaktionsfähigkeit (Idiosynkrasie), die auf hämatogenem Wege typische Effloreszenzen manifestiert. Lokal kann durch die Lichtbehandlung eine Desensibilisierung (Angewöhnung, Refraktion) hervorgerufen werden, deren therapeutische Verwendung zur Bekämpfung der Rezidive Aussichten bietet. Das Krankheitsbild kann klinisch unterschieden werden von den Prurigines und zwischen diese und die Urticaria papulosa eingereiht werden.

Digitized by Google

Zur Kasuistik der Kyrleschen Krankheit. Ein Fall von Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans, von P. A. Pawloff, Hautabt. d. Moskauer kommunist. Kriegshospit. S. 34—46. Bei dem 27jähr. Pat. hat sich die Keratose seit einigen Jahren entwickelt und bildet an verschiedenen Stellen des Körpers bis handtellergroße Herde. Morphologisch bestehen gewisse Unterschiede. Die rundlichen Herde setzen sich zusammen aus kleinen lichenoiden konischen Knötchen von normaler Hautfarbe, die den Mündungen der Follikel entsprechen und die an der Spitze harte hornige Kegel oder schwarze komedoähnliche Pfröpfe tragen. An anderen Herden sind die Knötchen nur randständig vorhanden, während die Mitte merklich verdickt, trocken und kleiig aussieht. Manchmal war die Oberfläche von zahlreichen Furchen durchzogen (chagrinlederartig). Bei der Kreuzung solcher Furchen kommt es auch zur Bildung einer Felderung der Keratose, die an Reptilienhaut erinnert. Die Herde sind vielfach hyperämisch, was eine blaurote Verfärbung bewirkt. Histologisch ergibt sich die Ansammlung bedeutender Hornmassen in den Follikeln. Sie führen zur Zerreißung der Wände und dringen hierdurch in das Korium selbst ein. Die Folge ist die Entwicklung eines tuberkuloiden Gewebes, Bildung von fibrösem Bindegewebe und schließlich Atrophie des Follikels. Auch die Knäueldrüsenmündungen beteiligen sich an diesem Prozeß, aber nicht so stark, daß die Hornzellen ins Korium gedrängt werden. An der übrigen Epidermis lassen sich keine Wucherungen feststellen, so daß eine parafollikuläre Hyperkeratose fehlt. In dieser Beziehung unterscheidet sich dieser Fall histologisch von demjenigen Kyrles. Die Identität besteht vorzugsweise in der Übereinstimmung der follikulären Veränderung.

Die klinischen Symptome der Verbrennung und ihre Beziehungen zum vegetativen Nervensystem, von K. Schreiner, Hautkl. in Graz. S. 47—74. Die bei der Verbrennung auftretenden Symptome sind als Folge einer Giftwirkung anzusehen. Das Gift entwickelt sich aus dem Gewebszerfall und ist seiner Natur nach bis heute unbekannt geblieben. Die Krankheits- bzw. Vergiftungserscheinungen, die bei einer Verbrennung der Haut auftreten können, sind Mydriasis, Atem- und Pulsbeschleunigung, sekundäre Blutdrucksenkung, Adrenalinausschüttung, Hyperglykämie, Oligurie und Anurie, Blutbildänderungen, Fieber, nervöse Erregungen, Delirien oder Apathie. Bei der Auslösung dieser Symptome spielt letzten Endes sympathische Reizung eine besondere Rolle. Selbst das Erbrechen Verbrannter ist durch die sympathische Schließung des Pylorus bedingt. Der Einfluß des Sympathikus läßt sich durch das Experiment erkennen. Versuchstiere, denen man den Sympathikus durchschneidet, überstehen eine Verbrennung leichter als nicht operierte. Besonders auffällig ist die Beeinflussung des Abbauvermögens zwischen Harn und Blutserum durch die Operation, indem die gesperrte Ausscheidung im Harn und die Anhäufung von Salzen (Blutzucker, Kochsalz) und von Fermenten (Peptidasen) im Blute sich bessert. Die Giftwirkung der Verbrennung wird auch histologisch an Schnitten vom Zwischenhirn, Ganglion cervicale und coeliacum durch deutliche Ganglienzellschädigung (Nissl-Färbung) gezeigt. Die durch die Verbrennung bedingte Eiweißzerfallsvergiftung führt also zu einer Enzymüberladung des Kreislaufes, die Störungen im vegetativen Nervensystem bedingt. Dieser Zustand löst in seiner weiteren Auswirkung Funktionsstörungen der einzelnen Organe aus, deren Umfang und Stärke für den Ausgang bedeutungsvoll wird. Therapeutisch dürfte deshalb bei Verbrennungen die Belebung der Diurese wertvoll sein.

Beitrag zur Kenntnis der trophoneurotischen Hautgangrän, von K. H. Vohwinkel (Hautkl. Hamburg), Hautkl. Wien. S. 75—80. Ein 47jähr. Pat. hatte sich vor 21 Jahren eine Kugel in die rechte Schläfe geschossen. Sie wurde derzeitig nicht entfernt. Als Folgen ergaben sich nicht bloß Sensibilitätsstörungen, sondern auch trophische Veränderungen der Haut im Gesicht bzw. im Bezirk des rechten Trigeminus (Schwellung, Exsudation, Ulzeration und Atrophie). Nach dem Röntgenbilde wurde die Lage der Kugel an der Basis der rechten mittleren Schädelgrube, vor der Pyramidenspitze über dem For. lacerum festgestellt. Außer den Hautveränderungen besteht auf der kranken Gesichtshälfte eine Dystrophia neuroparalytica an der Kornea, Herabsetzung des Geschmacksinnes und eine Gesichtsmuskelatrophie. Die Entfernung des Fremdkörpers durch Operation führte zur Heilung der Hauterscheinungen mit Ausnahme der Atrophien. Bemerkenswert ist das plötzliche Auftreten der Symptome nach 21 Jahren, wobei an eine erneute Reizung durch Lageveränderung des Projektils gedacht wird.

Pemphigus-foliaceus-vegetans-Heilung nebst weiteren Untersuchungen über Kochsalzausscheidung beim Pemphigus, von D. Kristic. Deutsche Hautkl. in Prag. S. 81—90. Ein Fall von exfoliierendem und vegetierendem Pemphigus bei einem 55jähr.

Digitized by Google

Juden geht auf der Höhe der Erkrankung plötzlich in vollkommene Ausheilung über. Pat. bekam 14 Tage vor der Wendung zum Besseren 1 ccm Novasurol, intravenös. Weiter wurde gegeben Gelodurol (Bromkalzium), Radiosolbäder (von 40—100000 ME), Höhensonne (50 cm Abstand und 5 Min. Dauer) und täglich $^3/_4$ Liter Wein. Ob dieser Umschlag auf die Therapie zurückzuführen ist oder ob es sich um eine Spontanheilung handelt wird offen gelassen. Die Untersuchungen über den Kochsalzstoffwechsel ergaben bei 5 Fällen das Vorhandensein einer größeren oder geringeren Retention von NaCl. In 3 Fällen konnte trotz eines schweren typischen Krankheitsbildes keine Retention nachgewiesen werden.

Necrosis adiposa neonatorum oder die sogenannte Sclerodermia neonatorum, von G. Gelbjerg-Hansen, Hautkl. d. Rigshospitals in Kopenhagen. S. 91—96. Die subkutane Fettgewebsnekrose der Säuglinge ist eine seltene Affektion. Sie tritt in den ersten Tagen oder Wochen nach der Geburt auf und verschwindet in einigen Wochen oder Monaten. Die Krankheit macht gar keinen Eindruck auf das Wohlbefinden der Säuglinge und hinterläßt keine Spuren. Auch bei älteren Individuen werden subkutane Fettnekrosen beobachtet, die unter Verkalkung und bindegewebiger Abkapselung heilen. Die Erkrankung hat nichts zu tun mit der Sklerodermie der Erwachsenen, die bei Neugeborenen überhaupt nicht vorkommt, ferner mit dem Sclerema adiposum oder Fettsklerem, eine diffuse wachsartige Verdickung der Haut, die immer tödlich ist, und schließlich mit dem Sklerödem, das als Symptom schwerer Prozesse gleichfalls eine zweifelhafte Prognose hat.

Angiokeratoma naeviforme und Kapillaraneurysmen (kapillarmikroskopische Untersuchungen), von Bettmann, Hautkl. Heidelberg. S. 97—108. Der kapillarmikroskopische Befund, der den anatomischen bestätigt, zeigt, daß der Naevus nicht auf die makroskopische, anscheinend scharfe Grenze beschränkt ist, sondern daß er sich noch bedeutend weiter bandförmig in der Längsrichtung des Armes fortsetzt. Die zentrale Partie des Naevus ist durch das Vorhandensein zahlreicher rundlicher, dicht gedrängt stehender Kapillaraneurysmen ausgezeichnet, während die Peripherie einem Befunde entspricht, der sich bei vielen Menschen an der Streckseite des Oberarmes findet und bei dem sich die Veränderungen nur kleiner und weniger zahlreich vorfinden. Histologisch ist an den Kapillaraneurysmen ihr oberflächlicher Sitz und eine Wandverdickung bemerkenswert. Während der Menstruation zeigt der Naevus eine stärkere Blutfülle. Neben funktionellen Kapillarerweiterungen gibt es solche, die sich ohne Beziehungen zu vasoneurotischen Voraussetzungen entwickeln. Schließlich wird auf die Möglichkeit einer Abhängigkeit eines stabilen Gefäßbefundes von einer übergeordneten nervösen Stellung hingewiesen.

Über Schizosaccharomykose, eine neue Hefepilzerkrankung, verursacht durch eine neuentdeckte Spalthefe (Schizosaccharomyces nov. sec.). (Vorläufige Mitteilung), von T. Benedek-Leipzig. S. 109—110. Der Pilz wurde gefunden in einem Falle von Erosio interdigitalis, weiter bei einer Intertrigo axillaris et genitalis und schließlich in subkutanen Abszessen bei einer Desquamatio sicca axillaris et genitalis und einer Sycosis faciei.

Bemerkungen zu der Arbeit von Merenlender: Beiträge zur Kenntnis der Cutis verticis gyrata und über Cutis verticis gyrata latens, von H. Vörner-Leipzig. Das Trauma kann für die Entstehuug der Cutis verticis gyrata kaum als ausschlaggebender Faktor gelten. Eine traumatische Schädigung oder Reizung des Gewebes als Einleitung einer Entwicklung ist nicht erkennbar. Andererseits ist die Cutis verticis gyrata alters-, geschlechtsgebunden und symmetrisch, ein Trauma gibt hierfür keine Erklärung.

Schlußwort, von J. Merenlender-Warschau. Das Trauma scheint eine wesentliche Rolle zu spielen.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von kurzwelligem Ultrarot auf die Haut, von W. Jadassohn, Hautkl. Zürich. S. 113—122. Die kurzwelligen Ultrarotstrahlen sind die penetrantesten Wärmestrahlen, die es gibt. Je kurzwelliger, desto penetranter. Als Spender wurde ein Scheinwerfer (Kohlenbogenlampe) benutzt. Bei geringerer Intensität oder Dauer der Bestrahlung kommt es zu einem Erythem, das erheblich größer ist als die bestrahlte Fläche. Es geht bald zurück und hinterläßt einen roten Fleck, der in seiner Ausdehnung dem bestrahlten Gebiete entspricht. Er verschwindet in 3—5 Stunden und die Haut wird wieder normal wie vorher. Bei langdauernden Bestrahlungen entwickelt sich im bestrahlten Gebiete eine Quaddel. Aus dieser wird eine Blase mit dicker Decke, während die umgebende Rötung ver-

Digitized by Google

schwindet. In den nächsten Tagen platzt die Blase und an ihrer Stelle zeigt sich ein verkrustetes, scharfrandiges Geschwür. Es heilt erst nach Wochen bis Monaten ab mit einer Narbe, die noch lange eine lividrote Verfärbung aufweist. Histologisch ergibt sich, daß die durch die Bestrahlung gesetzte Gewebsschädigung anfänglich nur oberflächlich ist, nach Wochen aber auch die tieferen Hautschichten ergreift. Die Bestrahlung erzielt eine Verminderung der Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit.

Zur Histologie der Creeping Disease, von A. B. Selisky-Kiew, Hautabt. der Arbeiter-Polikl. Schepetowka. S. 123—125. Die Affektion fand sich bei einem Droschkenkutscher. Es wurde ein Hautstück sechsmal 3 cm in der Richtung des Larvenganges exzidiert, und zwar so, daß das Gangende sich gerade in der Mitte des Hautstückchens befand. Die hiervon hergestellten Schnitte betrugen 12 μμ; der Parasit wurde gefunden und als Gastrophiluslarve erkannt.

Über die pathogene Fadenpilzflora in Südungarn, von K. v. Berde, Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. d. Franz-Josephs-Univ. in Szeged (Ungarn). S. 126—131. In der ersten Hälfte des Jahres 1924 bildeten die Pilzkrankheiten 12,7% aller Hautfälle. Trichophytie, Mikrosporie und Favus erreichten 9,7%. Nach 1½jähriger energischer Bekämpfung wurde der Stand der Hautkrankheiten auf 5,5% herabgedrückt; unter ihnen Trichophytie, Mikrosporie und Favus auf 2,1%.

Über syphilitische juxtaartikuläre Knotenbildungen, von M. Jessner, Hautkl. in Breslau. S. 132—157. Es handelt sich um 3 Syphilitiker, die nie in den Tropen gewesen sind. Die juxtaartikulären Knotenbildungen sind zuerst und häufig bei Framboësiekranken beobachtet worden. Der Beweis, daß diese Knoten wirklich luetischer Natur sind, konnte im 3. Falle durch den heilenden Einfluß der antiluetischen Therapie erbracht werden. Die juxtaartikulären Knotenbildungen sind rund oder gelappt, subkutan gelegen, erbsen- bis hühnereigroß, bisweilen konglomeriert oder in Reihen geordnet. Meist auf der Unterlage verschieblich, sind sie mitunter am Periost oder der Haut adhärent. Fest bis knorpelhart, sind sie gelegentlich auch schwammig oder teigig. Sie treten entweder gleichzeitig oder nacheinander auf und bleiben in der erreichten Größe jahrelang bestehen. Selten kommt es zur Fistelbildung oder zur spontanen Ulzeration. Das Auftreten nach der Infektion schwankt zwischen 11 Monaten und 29 Jahren. Ihre Lokalisation ist die Umgebung der großen Gelenke (Ellenbogen-, Knie-, Fuß-, Hüft-, Hand- und Sakralgelenke) mit Bevorzugung der Streckseiten. Beschwerden verursachen die Knoten im allgemeinen nicht. Gelegentlich wurden arthritische Erscheinungen beobachtet, teils bei der Entstehung, teils vorausgehend. Histologisch bestehen die juxtaartikulären Knotenbildungen aus fibrösem Gewebe, das, im allgemeinen in den äußeren Partien lockerer, nach der Mitte zu homogenisierter, hyalin, kernarm, ähnlich wie Knorpel aussehen kann. Die Gefäße zeigen eine Verdickung der Intima bis zum völligen Gefäßverschluß. In ihrer Umgebung Infiltrationen von Lymphozyten und Plasmazellen. Epitheloide und Riesenzellen sind selten. In einer Anzahl von Fällen finden sich in den Knoten Degenerationsstellen (Nekrosen). Dieselben sind manchmal nachweislich xanthomatöser Natur. Framboëtische und luetische juxtaartikuläre Knotenbildungen sind nicht voneinander zu unterscheiden. Gegenüber anderen Knotenbildungen ist das Zusammentreffen mit anderen luetischen Erscheinungen, die positive WR und der Erfolg der antiluetischen Kuren entscheidend.

Apoplexia cutanea — Periarteriitis nodosa, von F. Freund, Haut- u. Geschlechtskrkh.-Abt. Wilhelminenspit. Wien. S. 158—188. Bei einer 63jähr. Frau treten in einem Zeitraum von 4 Monaten in unregelmäßigen Intervallen spontan schwerste subkutane und in das Parenchym der Mamma erfolgende Blutungen (einmal auch in die Pleura) von ausgesprochener Symmetrie, so in beide Mammae, linken und rechten Oberarm. Hämaturie tritt im Beginne der Erkrankung auf, bleibt aber vollkommen aus. Die Mundschleimhaut ist nicht beteiligt. Die durchbluteten, oft sehr ausgedehnten Hautbezirke werden rasch nekrotisch und führen zur Entstehung entsprechend großer Substanzverluste, die sich aber verhältnismäßig rasch wieder überhäuten. Die Blutungen in die Mammae werden organisiert. Weiter besteht unregelmäßiges Fieber, mitunter prodromal. Das Blutbild zeigt mäßige Anämie mit Leukozytose, keine im Sinne einer Sepsis zu wertende Linksverschiebung der Neutrozytenkerne, keine Eosinophilie. Thrombozytenzahl über 100000, Endothelsymptom (Rumpel-Leede) negativ. Blutungszeit 3 Min., Gerinnungszeit bis 30 Min. verlängert, nach der Blutung jäh abfallend. WR negativ, Augenfundus stets frei. Therapie: artgleiche Blutinjektionen. Nach der letzten Blutung erholt sich die Patientin, weitere Blutungen bleiben aus bis zu dem 1 Jahr später unter kardialen Symptomen erfolgten Tode. Ein makroskopisch für Periarteriitis

Digitized by Google

nodosa sprechender Obduktionsbefund fehlt, erst die mikroskopische Untersuchung deckt entzündliche Veränderungen der kleineren und kleinsten Arterien, und zwar im Bereiche kurzer Abschnitte in der Niere, Milz und den Extremitäten auf. Das Bild der entzündlichen Gefäßerkrankung wurde durch eine hochgradige Arteriosklerose kompliziert. Das schubweise Rezidivieren der Erkrankung konnte an dem verschiedenen Alter der Gefäßveränderungen, besonders an den Nieren, nachgewiesen werden, wo neben älteren auch frische Veränderungen sichtbar waren, ein Beweis, daß trotz der scheinbaren klinischen Heilung die Krankheit doch nicht überwunden war. Bemerkenswert war die enorme Verzögerung der Gerinnungszeit des Blutes, die an die Möglichkeit einer vorhandenen sporadischen Hämophilie denken lassen konnte. Da aber sonst kein Symptom für diese Annahme bestand, so handelt es sich um eine Eigenschaft der Krankheit selbst, und zwar um eine Veränderung des kolloidchemischen Gefüges des Blutplasmas. Während die Gefäßerkrankung als stabiles, ist die Änderung der Gerinnungsfähigkeit als labiles Vorkommen anzusehen.

Oidiomykose nach feuchten Umschlägen, von H. Biberstein und S. Grünmandel. Hautkl. Breslau. S. 189—195. Bei einem bettlägerigen Pat. entstand nach mehrwöchigen Umschlägen mit essigsaurer Tonerde ein Ausschlag. Die Untersuchung ergab eine durch Mazeration verursachte pustulöse Sproßpilzdermatose. Die Keime waren mikroskopisch in den Decken und dem Inhalt der Pusteln, kulturell nicht bloß hier, sondern auch in der normalen Haut nachweisbar. Die Effloreszenzen heilten nach Aufhebung der Mazeration schnell ab und neue entstanden nur noch ganz kurze Zeit und vereinzelt. In den nach Eintrocknung der Pusteln zurückgebliebenen Krusten waren, solange sie überhaupt bestanden, Pilze noch aufzufinden. Durch einfache Mazeration gelang es nicht Effloreszenzen hervorzurufen. Erst Inokulation nach solcher Mazeration bewirkte Pustelbildung. Aber stellenweise blieb auch diese Methode negativ oder ergab nur abortive Pustelbildung. Frühreaktionen fehlten. Intrakutane Injektion einer aus dem Pilzstamm hergestellten Vakzine ergab am Oberschenkel des Pat. eine stärkere Reaktion als am Arm, bei anderen verlief sie negativ. Im Serum des Pat. konnte eine das Wachstum des Pilzes hemmende Kraft festgestellt werden. Die Entwicklung der Krankheit kann man sich so vorstellen, daß es aus einem zufälligen Grunde zur Infektion kommt; ihr folgt die Effloreszenz, in der sich die Pilze erhalten und vermehren. Die Reaktion klingt ab, aber die Pilze bleiben bis zur Abstoßung der Decke, sie können in der Umgebung noch vermehrt sein, aber sie wirken nicht mehr infizierend, weil sich eine lokale oder regionäre Immunität ausgebildet hat, welche stärker ist als in der übrigen Haut. Die Immunität könnte an die Antigeneinwirkung auf das Gefäßbindegewebe gebunden sein oder sie könnte auch vom Epithel ausgehen, indem das Antigen vom Papillarkörper energischer auf das Epithel wirkt als von der Hornschicht aus. Es wäre auch denkbar, daß das Epithel anergisch ist in einem Zeitpunkte und in einer Hautgegend, in denen das Gefäßbindegewebe hyperergisch reagiert.

Über positive Luetinreaktionen bei Lupus erythematodes (mit Bemerkungen über die Beziehung von Luetin und Jodkali), von H. Martenstein und D. Granzow-Irrgang. S. 196—210. Es wurden 117 Fälle von Lupus erythematodes mit Organluetinen geprüft, und zwar 56 mit Luetin Busson-Wien und 61 mit Luetin Breslau. Positive Luetinreaktionen traten in einem Prozentsatz auf, der demjenigen bei Lues III und Lues congenita tarda entspricht. Dieses Verhalten kann nicht auf eine allgemein gesteigerte Reaktionsfähigkeit der Haut bezogen werden, denn Kontrolluntersuchungen zeitigen ein normales Ergebnis mit Agar, Trichophytin, Tuberkulin, Normalleberextrakt. Untersuchungen an anderem Material: Hautkranke, Blennorrhoiker und Hauttuberkulöse, zeigen nur in einem geringen Prozentsatz eine positive Luetinreaktion. Die Annahme, daß der Lupus erythematodes ätiologisch zur Lues gehöre (Leredde), oder daß eine syphilitische Infektion seine Entstehung begünstige (Schaumann), wird vorläufig abgelehnt und angenommen, daß eine Umstimmung des Organismus bzw. der Haut besteht und insofern der durch die syphilitische Infektion bedingten Reaktionsweise entspricht, als auch sie in der Mehrzahl der Fälle zu einer positiven Luetinreaktion führt. Versuche mit der pharmako-dynamischen Prüfung nach v. Gröer-Hecht zum Nachweise einer abnormen Reaktionsfähigkeit der Haut blieben negativ. In 20% von 124 Lupuserythematodes-Fällen wurde Aortensklerose nachgewiesen (röntgenologisch), bei 200 Hauttuberkulösen nur in 8%. Beim Lupus erythematodes fielen von diesen Veränderungen 29% in die Zeit vor dem 40., 67% in die Zeit vor dem 50. Lebensjahre; bei Hauttuberkulose in die gleiche Zeit 0% und 25%. Intradermale Injektion mit Luetin-Jodkaliumgemischen führt zu deutlich entzündlichen Infiltraten, während Gemische mit

Digitized by Google

Jodnatrium oder Kaliumchlorid negative Reaktionen zeigen, desgleichen Gemische von Normalleberextrakt mit den 3 Salzen. Demnach scheint die vielfach beobachtete Umstimmung des Organismus nach Jodkalium, die zum Positivwerden der Luetinreaktion führt, darauf zu beruhen, daß sich in der Haut Jodkalium oder Produkte, die sich mit ihm im Organismus bilden, in höherem Maße vorfinden. Ein Einfluß der Goldbehandlung auf die Luetinreaktion konnte festgestellt werden.

Tierexperimentelle Beiträge zur Nagana- und Lueserkrankung und zur Heilwirkung des Salvarsans, von C. Schumacher, Hautkl. u. Polikl. Königsberg. S. 211—238. Die mit Impfung von Trypanosoma brucei erzielte Naganaerkrankung von Mäusen und Kaninchen zeigte den gewöhnlichen Verlauf. Superinfektionen waren bei Naganakaninchen nur im 1. und ganz im Beginne des 2. Stadiums erfolgreich. Bei der experimentellen Kaninchensyphilis erwies sich ein Truffistamm bedeutend virulenter als zwei selbstgezüchtete Stämme. Nur mit diesem wurden Sekundärerscheinungen erzielt, während die beiden anderen nur Liquorveränderungen (Pleozytose) ergaben. Bei luetisch gewesenen, seit 2 Jahren klinisch völlig ausgeheilten Tieren waren Reaktionen erfolglos (latentes Stadium). Veränderungen in den äußeren Lebensbedingungen (ungenügende oder überreichliche Ernährung, zeitweiliges Hungern, Milzexstirpation) ändern den Verlauf der experimentellen Kaninchensyphilis nicht. Die WR und die SGR gaben schon im Blute gesunder Kaninchen in etwa 35—50% positive oder verdächtige Ausschläge. Der Liquor der luetischen Kaninchen reagierte stets, auch bei vorhandener Pleozytose, in allen Reaktionen negativ. Bei Tieren, die mit Neosalvarsan vorbehandelt waren, zeigte sich ein sehr rasches Absinken der Arsen- bzw. Salvarsanwerte. Im Liquor derart behandelter Kaninchen ist Arsen in nennenswerter Weise nachweisbar. Die höchsten Werte fanden sich 1—2 St. post injectionem. Subkutan oder intramuskulär gegebenes Neosalvarsan wirkte bei Mäusen toxischer als intravenös verabfolgtes; bei genügend hoher Dosierung ist es schon nach 10—15 Min. in so hoher Konzentration im Blute vorhanden, daß mit diesem dann Heilung naganakranker Mäuse möglich ist. Heilversuche mit dem Blute von Tieren, die intravenös mit hohen Salvarsandosen behandelt wurden, ergaben bei Wahl ausschließlich artgleicher Blutempfänger: an Naganamäusen noch Heilung mit $^1/_8$-Stundenblut, bei Lueskaninchen mit 2-Stundenblut und bei Naganakaninchen mit 3-Stundenblut. Der Erfolg ist im wesentlichen von der im Spenderblute zirkulierenden Salvarsan- bzw. Arsenverbindung abhängig. Außerdem ist aber noch mit Stoffen zu rechnen, die sich im Körper des Spenders unter dem Anreiz des Salvarsans bilden. Ihre therapeutische Kraft muß im Verhältnis zur Arsen- bzw. Salvarsanwirkung sehr gering sein, da sich mit ihnen experimentell kein deutlich nachweisbarer Effekt erzielen ließ. Offenbar sind die mit dem salvarsanhaltigen Spenderblute erhaltenen Erfolge durch das Salvarsan selbst bedingt (echte Chemotherapie).

Beitrag zur Erythrodermie congenitale ichthyosiforme (Brocq), von W. Richter. Chir. Kl. u. Polikl. Berlin. S. 239—246. Der Fall des 23jähr. Pat. entsprach klinisch und histologisch einer Erythrodermie congenitale ichthyosiforme (Brocq). Von 10 Geschwistern war der Pat. allein befallen und in der Blutsverwandtschaft, die bis zu den Urgroßeltern verfolgt werden konnte, fand sich auch kein Fall von Ichthyose. Die Prüfung des vegetativen Systems mit Adrenalin, Pilokarpin und Atropin auf Blutdruck, Puls, Allgemeinerscheinungen und Blutbild ergab nichts Besonderes. Wichtiger erscheint eine Erhöhung des Gasstoffwechsels, die auf Störungen der Korrelationsvorgänge im Inkretionssystem schließen läßt und damit wichtige therapeutische Hinweise gibt.

Über einen Fall von chronisch-akuter aphthöser Mundschleimhautaffektion (Oidiomykose) bei einer 58jähr. Pemphiguskranken, von K. Ullmann-Wien. S. 247 bis 272. Bei der Patientin traten im unmittelbaren Anschluß an eine zahnärztliche Behandlung Erosionen der Schleimhaut auf, von der Kiefer- und Lippengegend beginnend, auf Zunge, Gaumen, Rachen bis zum Kehlkopf übergehend. Nur einmal wurde an der Epiglottis eine Blase beobachtet. Gleichzeitig zeigte sich auf der Mundschleimhaut eine Soorentwicklung, zuerst in mehr chronischer kleinfleckiger Ausbreitung, später, mehrere Monate nach Beginn, plötzlich in mehr akuter flächenhafter Form unter septischen fieberhaften Allgemeinerscheinungen. Ein hinzutretendes Erysipel und eine Vakzinebehandlung aus erhaltener Reinkultur brachte einen Rückgang, aber kein völliges Schwinden der Soorinfektion. Später breitete sich der Soor allmählich wieder aus und griff auf dem Schleimhautwege vom Mund in die Nasenhöhle und Konjunktiva rechterseits und von der Karunkel auf das untere Lid über. Hier erfolgte Heilung ohne Symblepharon. Diese Erscheinungen bestanden etwa 2 Jahre. Von da ab erstmaliges Auftreten von Hautpemphigus mit anfangs langsamem, dann akutem, überstürztem und

Digitized by Google

malignem Verlauf in der Form von konfluenten und zirzinären Blasen mit Neigung zur Vegetation und mit rapider Ausbreitung. In den Soorbelagen mikroskopisch und kulturell Oidium albicans, im Urin Spuren von Albumen. Etwa 3 Monate vor dem Tode leichte Eosinophilie und geringe Pleozytose im Blute. Ausgesprochene Kochsalzretention im Harn, auch nach Verabreichung größerer Chlornatriummengen. Nicholsky-Phänomen anfangs nicht vorhanden, in den letzten Lebensmonaten jedoch deutlich. Zuletzt wurde eine Transfusion von 500 g Blut gegeben, 2 Tage später erfolgte der Exitus. Die Sektion ergab keine weiteren Aufschlüsse und klärte nur den bestandenen Marasmus und den plötzlichen Herztod auf. Die das eine Mal durch Pemphigus, das andere Mal durch Soorpilze hervorgerufenen Erosionen besitzen weitgehende Ähnlichkeit, sobald es sich um geplatzte Pemphigusblasen und andererseits um abgestoßene Soormembranen handelt. Es kommen sowohl Verwechslungen vor, als auch werden Kombinationen übersehen. Da eine genuine Soorsepsis noch nicht beobachtet wurde und die Ätiologie des Pemphigus noch nicht feststeht, so kann es sich im vorliegenden Falle entweder um eine Symbiose zwischen Soor und den hypothetischen (ultravisiblen) Keimen des Pemphigus handeln oder man kann unter der Voraussetzung, daß er eine Stoffwechselstörung ist, annehmen, daß hierdurch die unter normalen Verhältnissen vorhandene Immunität gegenüber dem Soor aufgehoben ist. Therapeutisch blieben in dem Falle alle Versuche erfolglos, so interne As-Gaben, ferner Injektionen von Chinin und von Koagulen. Lokal wurde außer Resorzinlösungen keine Therapie vertragen, auch nicht Trypaflavininjektionen.

H. Vörner-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1926, Bd. 7, Nr. 12

Le traitement du lupus érythémateux par la novarsénobenzol. Les résultats. L'intolérance spéciale. La sérologie (Novarsenobenzolbehandlung des Lupus erythematodes; Ergebnisse; besondere Unverträglichkeit; Serologie), von P. Ravaut und Bocage. S. 657. Mehrere Kuren von 10—12 Novarsenobenzolinjektionen sind zur Erzielung eines guten Erfolges notwendig, wöchentlich eine Spritze, meist zu 0,45 g. Höhere Dosen werden schlecht vertragen. Vor der 4.—5. Behandlungswoche ist selten ein Rückgang der Erscheinungen zu sehen. Von 17 derart behandelten Kranken wurde bei 7 völliges Verschwinden, bei 4 nahezu völliges Verschwinden des Lupus erythematodes beobachtet, 4 Pat. zeigten wesentliche Besserung, bei 2 Kranken Mißerfolg. Weitere 2 Kranken vertrugen die Behandlung nicht, weitere 4 nur, wenn das Novarsenobenzol in einer Glukose-Natriumthiosulfat-Lösung aufgelöst wurde. Bei allen Fällen handelt es sich um Lupus erythematodes discoides. Nur bei 7 Kranken konnte die Behandlung, ohne daß Unverträglichkeit festzustellen war, durchgeführt werden, bei den meisten Pat. zeigten sich sofort oder mehrere Stunden nach der Injektion mehr oder weniger heftige Reaktionen, die manchmal 2—3 Tage anhielten, auch Fieber wurde beobachtet. Eigentliche Arsenexantheme traten nicht auf, nur zuweilen flüchtige urtikarielle Ausbrüche. Als beste Vorbeugung gegen die Unverträglichkeit erwies sich Auflösung des Novarsenobenzols in 3—10 ccm Glukose-Natriumthiosulfat-Lösung (aä 10%). Die beiden Lösungen müssen getrennt sterilisiert und dürfen nur kalt gemischt werden. Bei 22 Pat. fiel die WR des Blutes 2mal stark positiv aus, 2mal positiv, 3mal schwach positiv und 15mal negativ. Die Möglichkeit einer luetischen Anamnese besteht bei 2 Fällen mit positiver WR, bei den anderen Fällen keine Anhaltspunkte für Lues. Bei 12 Kranken mehrmals ausgeführte Blutuntersuchungen zeigten verschiedenen Ausfall der WR und der HR, abwechselnd positiv und negativ.

Sept cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë (Maladie de Nicolas et Favre) (7 Fälle von Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta), von P. Giacardy. S. 675. Unbemerkt vom Kranken entwickelt sich eine ein- oder doppelseitige, indolente Leistendrüsenschwellung. Ein kleines Ulkus am Genitale kann gleichzeitig auftreten. Die Drüsen sind hart, beweglich, scharf voneinander abgegrenzt und erweichen nicht. Allgemeinbefinden nicht gestört. Dieser Befund verändert sich nach etwa 14 Tagen. Es tritt Drüsenerweichung ein, aus verschiedenen Fisteln entleert sich wenig Eiter. Bei anderen Fällen ist ein bewegliches, schmerzhaftes, Fluktuation zeigendes Leistendrüsenpaket zu finden, die darüberliegende Haut ist gerötet, gespannt und ödematös. Gleichzeitig am Genitale ein oder mehrere schankerähnliche Geschwüre. Streptobazillen sind nicht zu finden, obwohl das klinische Bild so typisch erscheint, daß man auch auf An-

Digitized by Google

stellung der Autoinokulation verzichten zu können glaubt. Allmählich entstehen aber Fisteln, aus denen sich Eiter entleert. Das Bild der Lymphogranulomatosis inguinalis ist dann vollständig. Wieder andere Fälle sind zu beobachten, bei denen das Allgemeinbefinden stark gestört ist; hohes Fieber, profuser Schweiß, Kopfschmerz, Digestionsstörungen. Man denke zunächst an eine Infektionskrankheit. Der weitere Verlauf und das Bestehen von lymphogranulomatösen Symptomen am Genitale führen zur Klärung der Diagnose. Zwei der beschriebenen 7 Fälle erscheinen besonders interessant, weil bei ihnen gegenseitige Ansteckung der Ehegatten erfolgt. Die Therapie kann bestehen aus innerlichen Gaben von Jod und Emetin, aus in die Fisteln erfolgenden Injektionen Lugolscher Lösung, aus intravenösen Novarsenobenzol-Einspritzungen und Jodkalium und Acid. arsenicosum, innerlich verabreicht. Der Behandlungserfolg ist bei den beschriebenen Fällen mäßig, obwohl die Therapie lange Zeit innegehalten wird (bis zu 8 und 10 Wochen). Ausführliche Krankengeschichten.

Syphilis et asthénie chronique (Syphilis und chronische Asthenie), von R. Benon. S. 686. Wenn bei einer alten Lues als einzige Krankheitszeichen die Symptome einer allgemeinen nervösen Asthenie lange Zeit bestehen, so kann sowohl die Stellung einer sicheren Diagnose als auch die Festlegung einer bestimmten Therapie schwierig sein. Verschwindet bei einem Syphilitiker, der lange Jahre unbehandelt war, die Asthenie auf energische antiluetische Behandlung, so war sie selbstverständlich spezifisch. Ist dies nicht der Fall, so muß eine andere Ursache für die Asthenie gesucht werden. Zwei der drei beschriebenen Fälle seien kurz mitgeteilt: Versicherungsbeamter, mit 25 Jahren Lues akquiriert. Unregelmäßige antisyphilitische Therapie. Infolge beruflicher Überarbeitung machen sich nach 15 Jahren Zeichen der Asthenie bemerkbar. Diagnose: nervöse Erschöpfung. Liquor normal. Der Zustand bleibt ohne antisyphilitische Behandlung stationär. — Steuerbeamter, infizierte sich mit 25 Jahren. Mehrjährige Behandlung. Nach 14 Jahren zeigen sich infolge beruflicher Überarbeitung Zeichen der allgemeinen nervösen Asthenie; Selbstmordgedanken. Liquoruntersuchung positiv. Klinisch keine Anhaltspunkte für progressive Paralyse oder zerebrale Lues. Nach Einsetzen der antiluetischen Therapie rasche Besserung. Darauf Aussetzen der Behandlung. Es stellt sich ein manischer Zustand ein. Der Kranke stirbt nach 2 Monaten plötzlich. Bei der Autopsie werden Veränderungen an der Aorta (welcher Art, wird nicht mitgeteilt. Ref.), aber keine makroskopischen Veränderungen am Gehirn festgestellt. Die Diagnose bleibt unklar. Wenn die asthenischen Symptome nach 3—6monatiger antisyphilitischer Behandlung nicht verschwinden, so hat weitere Therapie dieser Art keine besondere Aussicht auf Erfolg. A. Holländer-Bielefeld.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1926, Bd. 38, Nr. 12

Basal Metabolism in Ichthyosis, von A. Porter. S. 475. Exakte Forschungen und Stoffwechseluntersuchungen über den Zusammenhang zwischen Ichthyosis und Schilddrüse. Der Zustand der Haut bei Ichthyosis ähnelt jenem bei Myxödem und Kretinismus. Ichthyosis und Myxödem oder Ichthyosis und Kretinismus können bei demselben Patienten vorkommen. 70% der Ichthyosisfälle bei Kindern und 25% bei Erwachsenen zeigen einen unter der Norm stehenden Stoffwechsel, also Hypothyreoidismus in einem großen Prozentsatz der Ichthyosisfälle anzunehmen. Die gelegentliche Entwicklung von Ichthyosis nach einer Verletzung der Schilddrüse ist schon beschrieben worden, ebenso wie bei Sektionen Schilddrüsenveränderungen in Fällen angeborener Ichthyosis gefunden wurden und der Erfolg der Schilddrüsendarreichung bei derselben festgestellt ist. Ichthyosis der Kinder ist häufig begleitet und möglicherweise die Folge von Hyperthyreoidismus der Mutter, ein Zusammenhang, dessen theoretische Erklärung völlig ungeklärt ist. Der Grund dafür, daß Ichthyosis in ausgesprochener Form erst nach der Entwöhnung (von der Mutterbrust) auftritt, liegt möglicherweise daran, daß die verringerte Schilddrüsenfunktion des Kindes durch die Muttermilch kompensiert wird.

Observation on the X-Ray Treatment of Ringworm of the Scalp in Children under Three Years of Age (Beobachtungen über die Röntgenstrahlenbehandlung der Trichophytie des behaarten Kopfes bei kleinen Kindern unter 3 Jahren), von J. M. H. Macleod. S. 492. Bis vor kurzem war allgemein die Ansicht vorherrschend, daß es nicht

Digitized by Google

angezeigt sei, Kinder unter 3 Jahren der Röntgenbehandlung wegen der dünnen Hirnschale, der noch offenen Fontanellen und der dadurch vorhandenen Gefahr für das Gehirn zu unterziehen; außerdem ist bei so kleinen Kindern oft die Unmöglichkeit vorhanden, sie still zu halten. Diese Übelstände beseitigte M. durch bequeme Art der Befestigung des Kindes an das Ruhebett und durch Anlegen einer Kopfmütze aus Baumwollstoff; außerdem ergaben die experimentellen Untersuchungen, daß bei Anwendung der Coolidge-Röhre die Röntgenstrahlen derartig dosiert werden können, daß eine Schädigung des Gehirns nahezu ausgeschlossen ist. Insgesamt wurden 276 Fälle von Tinea tonsurans bei Kindern unter 3 Jahren nach dieser Methode behandelt, ohne daß die Bestrahlung sofort oder später von schlimmen Folgen begleitet gewesen wäre; nur stellte sich etwa 3 Stunden nach der Bestrahlung leichtes Erbrechen (wahrscheinlich zerebralen Ursprungs) ein, dem aber bald wieder normales Befinden folgte. Sowohl bei älteren (zwischen 10 und 14) wie bei den kleinen (zwischen 1 und 3 Jahren) zeigte sich diese Nebenerscheinung der Bestrahlungstherapie.

Development of True Sarcoma in a Case of Multiple Idiopathic Pigment So-called Sarcoma (Kaposi) (Entwicklung eines wirklichen Sarkoms in einem Falle von multiplem, idiopathischem sogenanntem Pigmentsarkom [Kaposi]), von J. H. Sequeira und R. T. Brain. S. 501. Pat. bemerkte zuerst (vor 15 Jahren) im Alter von 44 Jahren eine purpurrote Verfärbung der Haut über dem linken Knöchel; dieselbe breitete sich weiter aus und bedeckte nach 6 Monaten die Dorsalfläche des linken Fußes. Ein Jahr später wurden die rechte Unterextremität und dann linke Hand und Handgelenk ergriffen. Die Haut an beiden Füßen weit über die Gelenke hinaus ward hart und verdickt, so daß die Bewegungsfähigkeit behindert war, ebenso die linke Hand, und über diesen verhärteten Stellen waren zahlreiche, purpurrote, leicht erhabene Knoten von verschiedener Größe in die Haut eingelagert. Röntgenbehandlung. Im Jahre 1924 stellte sich eine schwammartige Geschwulst, ausgehend von einem dieser Knoten, am linken Schienbein ein, die sich schließlich bis zum Knie ausbreitete und Amputation notwendig machte. Die histologische Diagnose lautete: multiples Spindelzellen-Neurosarkom oder malignes Endotheliom in der Haut; der Amputationsstumpf heilte sehr gut und Pat. befindet sich nun in ausgezeichnetem Gesundheitszustand. M. Stern-München.

Bücherbesprechungen

Hämatologisches Praktikum, von H. Ziemann-Berlin. (Verlag S. Karger, Berlin 1927.) Das kurze, aber die Hauptsache klar darlegende Praktikum beschreibt unter den technischen Methoden auch die Resistenzbestimmung der Erythrozyten und die Blutgruppenbestimmung. Die Blutbilder der wichtigsten Krankheiten und ihre differentialdiagnostischen Gesichtspunkte, z. B. von Scharlach und Syphilis, werden berücksichtigt. Außer den Anämien und Leukämien werden die Milzerkrankungen, die hämorrhagischen Diathesen und die Purpura eingehend besprochen. Bei der Malaria wird die Plasmochintherapie beschrieben. F. Rosenthal-Berlin.

Wider die Minderwertigkeit, von F. Buttersack. (70 S. Preis R.M. 3.75. Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1926.) Den Kampf gegen die Asozialen und Geisteskranken nennt Verf. die Vorbedingung für die Gesundung Deutschlands. Nach Verf. nehmen die Minderwertigen jetzt derartig zu, daß sie eine „beginnende Zersetzung der höheren Volkseinheit" darstellen, ganz abgesehen von den Kosten, die sie verursachen. Seine Vorschläge, Abhilfe zu schaffen, decken sich im ganzen mit den Boeterschen Bestrebungen. Die Einwände der Juristen, Mediziner und Sozialpädagogen versucht er zu entkräften. A. de Lemos-Hamburg.

Handbuch der gesamten Parfümerie und Kosmetik, von F. Winter-Wien. (Preis R.M. 69,—. Verlag J. Springer, Wien 1927.) F. Winter ist uns bereits als Mitarbeiter des ausgezeichneten Handbuches der kosmetischen Chemie (Herausgeber Truttwin) bekannt. Der erste Teil des Buches behandelt die Ausgangsmaterialien der Parfümerie und Kosmetik, unter diesen in erster Linie die Riechstoffe und die Fette sowie anorganische Körper, Drogen und Farbstoffe. Besonders interessant ist der Teil über die praktische Parfümerie, der dem kosmetisch arbeitenden Arzt neben einer ausgezeichneten Beschreibung der Grundformen und Herstellungsmethoden kosmetischer Präparate eine ganze Reihe in der Rezeptur verwendbare Vorschriften zur Verfügung stellt. Vermißt wird in diesem Kapitel bei der Behandlung

Digitized by Google

der wasserhaltigen Fettgrundlagen das Eucerin, welches sich seit nunmehr 30 Jahren als die idealste kosmetische Salbengrundlage in allen Fällen bewährt hat, wo es auf eine hohe Hydrophilie ankommt. Im Abschnitt „Die Toiletteseifen" hat es Winter verstanden, auf etwa 140 Seiten einen ausgezeichneten Überblick über das Gebiet der gesamten Seifenfabrikation zu geben, der besonders dem Arzt bei der Beurteilung der Qualität medizinischer Seifen willkommen sein wird. Das Kapitel „Angewandte Kosmetik", in dem Diagnosen und Therapie zahlreicher kosmetischer Hauterkrankungen behandelt werden und in deren Rezeptformel die Verff. der verschiedensten Lager zu Worte kommen, beschließt dieses Buch, welches wegen seiner knappen, klaren Darstellung, seines reichhaltigen Materials und seines flüssigen Stils dem Praktiker angelegentlichst empfohlen werden kann.

E. Unna-Hamburg.

Zur Theorie der Sero-Diagnostik, von C. Mez und H. Ziegenspeck. (Verlag Deutsche Verlagsges. f. Politik und Gesch. m. b. H., Berlin 1925.) Mez, der auf Grund von Eiweißpräzipitationsversuchen den serodiagnostischen Stammbaum des Pflanzenreichs aufgebaut hat, geht hier mit Ziegenspeck auf theoretische Fragen des Präzipitationsproblems ein, ausgehend von der auffallenden Erscheinung des Verlaufs dieser Reaktionen in Form einer Maximum-Optimum-Minimumkurve. Dieses Phänomen versucht er kolloidchemisch als eine Art Schutzkolloidwirkung zu erklären. Freilich ist dadurch über die Frage der spezifischen Affinität nichts gesagt. Des weiteren werden die sog. zwei- und mehrgipfeligen Kurven zu erklären versucht. Die gewonnenen Erkenntnisse verwenden die Verff. zur Erklärung der oft von ihnen beobachteten Verwandtschaftsreaktionen, weisen auf Parallelen mit den bei der Vererbungsforschung festgestellten Tatsachen und berühren zum Schlusse die Theorie des serodiagnostischen Stammbaums. Die konzentrierte Ausdrucksweise und die große Anzahl der Beobachtungen und Feststellungen gestatten kaum ein kurzes Referat und machen für den Interessenten die Lektüre der bedeutsamen Arbeit notwendig.

V. Kafka-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

d. Serologie

Die Bedeutung der interferometrischen Blutuntersuchung für die Feststellung syphilitischer Organerkrankungen, von F. M. Groedel und G. Hubert-Bad Nauheim. (Kl. W., 1926, Nr. 42, S. 1969.) Die interferometrische Blutuntersuchung bei Lues ist positiv, wo deutliche klinische Befunde vorhanden sind, wo frische entzündliche und progrediente Prozesse bestehen; dagegen ergibt die interferometrische Untersuchung bei klinisch negativen Befunden auch ein negatives Resultat, ebenso auch manchmal bei noch bestehenden, klinisch erkennbaren Organveränderungen. Die weitere Prüfung muß ergeben, ob diese Methode als Indikator für den Verlauf bzw. für die Beendigung der Behandlung geeignet ist.

E. Langer-Berlin.

e. Therapie

Zur Frage der persönlichen Prophylaxe bei Syphilis, von Terskich. (Moskowski Medicinski J., 1926, Nr. 10.) Auf Grund eines genau beschriebenen und anderer, nur angedeuteter Fälle von Verhütung einer syphilitischen Infektion, trotz Koitus mit nachweislich florid syphilitischer Person, dank intravenöser Injektion von NS, bricht Verf. eine Lanze für prophylaktische NS-Einspritzungen bei Möglichkeit einer Ansteckung mit Syphilis.

A. Jordan-Moskau.

Syphilisrückgang und Salvarsan, von J. Jadassohn-Breslau. (Kl. W., 1926, Nr. 48, S. 2248.) Durch eine Umfrage an eine Reihe der größten Kliniken des In- und Auslandes hat Verf. sich über folgende drei Punkte unterrichten wollen: 1. Über die Einschätzung des Salvarsans zur Behandlung der Lues und die Bedeutung der Salvarsanbehandlung für die Volksgesundheit. 2. Über Beobachtungen bezüglich eines Rückganges der Syphilis in den verschiedenen Ländern. 3. Über den Einfluß des Salvarsans auf die Späterkrankungen, wie Tabes, Paralyse und Aortitis. Die meisten Autoren halten das Salvarsan für außerordentlich wirksamer als Hg und Bi. Nebenwirkungen sind bei

Digitized by Google

richtiger Verwendung nicht sehr häufig. Die Frage nach der Abnahme der Lues wird zweifelsfrei von 12 Ländern beantwortet, so aus Belgien, Dänemark, England, Finnland, Holland, Jugoslavien, Norwegen, Polen, Rumänien, Schweden, Schweiz, Spanien, Tschechoslowakei und Türkei. Die Antworten aus Rußland sind nicht ganz sicher, ebenso stehen in den italienischen Antworten Bejahungen der Abnahme Verneinungen gegenüber. In Frankreich wird teils eine Abnahme, teils wieder eine Zunahme gemeldet, wofür einerseits die immer ausgedehntere Bi-Behandlung, andererseits der Zustrom ausländischer Arbeiter verantwortlich gemacht wird. Der Rückgang ist um so auffälliger, als die Blennorrhoe nicht in demselben Maße oder gar nicht zurückgeht, vielfach sogar zunimmt. Von den meisten wird für die Abnahme der Lues das Salvarsan als die Ursache angeführt. Vielfach wird dabei Wert auf die unentgeltliche Behandlung gelegt. Die Beeinflussung der Späterkrankungen, Tabes, Paralyse und Aortitis, kann von den meisten vorläufig nicht abschließend beurteilt werden. Jedenfalls glaubt J. aus den Antworten auf diese Frage soviel schließen zu können, „daß von einer schädigenden Wirkung energischer Salvarsanbehandlung in dieser Beziehung bisher nichts nachgewiesen ist". Neben der Behandlung der Lues ist aber auch Aufklärung, Sanierung und Bekämpfung der Kurpfuscherbehandlung außerordentlich wichtig. E. Langer-Berlin.

Über den Wirkungsmechanismus des Salvarsans, von R. L. Mayer, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1926, Nr. 37, S. 1699.) Das Neosalvarsan selbst und seine einzelnen wirksamen bzw. toxischen Bestandteile wurden eingehend geprüft, und zwar vorzüglich an Mäusen und Paramäzien. Hierbei kommen vor allem beim Neosalvarsan die beiden Oxyde, das Arsinoxyd und sein Hyralditsalz, in Betracht. Es ergab sich, daß das neutrale Arsinoxyd für Mäuse etwa 20 mal so giftig ist als das Neosalvarsan und in seiner Giftigkeit konstant bleibt; ähnlich verhält es sich auch gegenüber Paramäzien. Die Hyralditverbindung ist nur etwa doppelt so giftig wie das NS, nimmt aber in seiner Giftigkeit rasch zu. Auch eine Prüfung der Diffusionsgeschwindigkeit ergab einen Unterschied, indem das Hyralditsalz ähnlich wie das NS anfangs eine verzögerte Diffusionsgeschwindigkeit aufwies und erst später nach Bildung eines graubraun gefärbten, rasch diffundierenden Körpers sich änderte, während das Arsinoxyd weit stärker von Anfang an diffundierte. Eine weitere wichtige Rolle bezüglich der Wirksamkeit des NS spielen die oxydativen Veränderungen, die die Aminogruppe bzw. Oxyaminogruppe betreffen. Der Nachweis hierfür läßt sich an ihrer Fähigkeit der Einwirkung auf die Methämoglobinbildung erbringen. Durch eine Reihe von Versuchen läßt sich der Nachweis erbringen, daß im NS die Amino- und nicht die Arsengruppe methämoglobinbildend wirkt. Die Methämoglobinbildung ist aber bei den verschiedenen Tierarten und bei verschiedenen Blutarten verschieden; darauf beruhen die Differenzen in der Wirkung auf Mensch und die verschiedenen Versuchstiere und unter diesen wiederum. Die Ursache hierfür liegt in der Differenz im Hämoglobin der verschiedenen Tierarten.
E. Langer-Berlin.

Zur Frage der sterilisierenden Wirkung von Salvarsan auf die Rekurrensinfektion der Maus, von H. Th. Schreus und H. Weisbecker, Hautkl. Med. Akad. Düsseldorf. (D. m. W., 1926, Nr. 45, S. 1902.) Im Gegensatz zu den Behauptungen Prigges konnten bei sicher negativem Blutbefund noch virulente Spirochäten in den inneren Organen nachgewiesen werden. Bei steigender Salvarsandosis wurde zuerst Blut, dann Aorta, Leber und zuletzt Gehirn sterilisiert. Eine Superinfektion wurde nicht beobachtet.
F. Harry-Wiesbaden.

Zur Therapie der Lues congenita nach dem Schema Erich Müller, von L. Strauß-Leipzig. (Arch. f. Kindhlk., 1926, Bd. 79, H. 3, S. 170.) Seit 1923 wurde an der Gießener Kinderklinik die von E. Müller empfohlene Behandlung der Lues congenita mit großen Salvarsandosen durchgeführt. Schmierkuren bzw. Wismutinjektionen wurden daneben in der üblichen Weise verabfolgt. Der Erfolg dieser Behandlungsweise war nach Angabe des Verf. recht zufriedenstellend. Bei einer Zahl von 28 Kindern im Alter von einem Monat bis $13^3/_4$ Jahren belief sich die Mortalitätsziffer auf 21,54%. Ausreichend behandelt wurden 5, bei denen im Laufe der Behandlung die WR nach $2^3/_4$—$7^1/_4$ Monaten negativ wurde und auch nach 3 Monaten negativ blieb. Von den übrigen 14 Kindern fehlt der Nachweis negativer WR bei der Entlassung, da sie vorzeitig der Behandlung entzogen wurden. R. Ley-Kreuznach.

Salvarsanresistenter Spirochätenstamm bei einem Ehepaar, von F. W. Kloeppel-Dresden. (M. m. W., 1926, Nr. 46, S. 1936.) Infektion vor $3^1/_2$ Wochen mit atypischem Ulkus mit reichlichen Spirochäten. Salvarsan (2,3 g Neosalvarsan in 8 Tagen) ohne Wirkung auf Ulkus und Spirochäten. Dieselben Erscheinungen bei der infizierten Ehefrau.

Digitized by Google

In beiden Fällen Besserung erst durch Kalomel-Diasporal intravenös. Der Spirochätenstamm hat im vorliegenden Falle seine Eigentümlichkeit nach natürlicher Übertragung beibehalten; die Ursache ist also bei den Trypanosomen zu suchen, und man darf nach dieser Beobachtung wohl Stämme mit biologischen Varianten annehmen.

M. Cohn-Dresden.

Beitrag zur antisyphilitischen Behandlung mit intramuskulären Injektionen von Arsenobenzolpräparaten (Contributo alla terapia antisifilitica per via endomuscolare con i preparati arsenobenzolici), von W. Pierangeli-Neapel. (Rinascenza Med., 1926, Nr. 9.) Auf Grund seiner reichen Erfahrung schließt Verf., daß bei der sekundären und tertiären Syphilis der intramuskuläre Weg im allgemeinen dem intravenösen vorzuziehen ist, da er dieselben Vorzüge bietet, ohne die Nachteile des letzteren zu besitzen.

L. Nardelli-Trient.

Der intramuskuläre Weg zur Salvarsanbehandlung. Versuche einer neuen Methode der Einverleibung der Arsenobenzole (La via intramuscolare nella cura con gli arsenobenzoli. Tentativi con un nuovo metodo di introduzione di essi), von L. Tommasi-Siena. (La Riforma medica, 1926, Nr. 48.) Verf. hat bei den italienischen Arsenobenzolfabrikanten die Herstellung eines stabilen Salvarsanpräparates für intramuskulären Gebrauch angeregt; die Frage wurde endlich von Pieroni und Castelli in befriedigender Weise gelöst. Der intramuskuläre Weg muß immer dann gewählt werden, wenn eine langsame, aber dauernde Wirkung notwendig ist, dann bei, trotz endovenöser Salvarsandarreichung, positiv bleibender WR, bei Kindern, bei alten Leuten, bei schwächlichen und ängstlichen Pat., und endlich bei Gefahr einer Herxheimerschen Reaktion oder bei Pat., die zu nitritoiden Krisen neigen. Diesbezüglich bemerkt Verf., daß er nie bei Tausenden intramuskulären Salvarsaninjektionen eine nitritoide Krise gesehen hat, im Gegensatz zu anderen Autoren. Tommasi berichtet noch kurz über seine Versuche mit einer von ihm angegebenen Suspension von italienischem Arsenobenzol im Öl, welche befriedigend waren.

L. Nardelli-Trient.

Die endolumbale Salvarsanbehandlung der Tabes dorsalis mit Gennerichscher Doppelpunktion, von Th. Brunner-Zürich. (Schweiz. m. W., 1926, Nr. 47, S. 1147—1149.) Die für das degenerativ erkrankte Rückenmark zulässigen Höchstdosen sind ungenügend, um das gleichzeitig erkrankte Gehirn genügend zu beeinflussen; die von dem Gehirn vertragenen, weit höheren Dosen ohne Schädigung des empfindlichen Rückenmarkes einzuführen gelingt durch die Gennerichsche Doppelpunktionsbehandlung. Die verträgliche Neosalvarsandosis beträgt für das Gehirn 1—3 mg, für das Rückenmark $^1/_4$—$^1/_8$ mg. Bei allen metaluetischen Vorgängen im Rückenmark dringt der salvarsanisierte Liquor viel leichter zu den Leitungsbahnen hindurch als bei gesunder Pia, deshalb muß die Dosierung hier eine sehr vorsichtige sein, $^1/_8$ mg auf 70—90 ccm Liquor. Stationäre Tabesfälle mit normalem Liquor bedürfen keiner Behandlung, wo jedoch bei geringen Liquorveränderungen Progredienz oder heftige Schmerzanfälle bestehen, kann endolumbale Behandlung zu weitgehenden Besserungen führen. Ältere Fälle gastrischer Krisen können unter Umständen schlecht reagieren, es kann hier versucht werden, durch vorhergehende paravertebrale Antipyrininjektionen die endolumbale Behandlung zu erleichtern. Tabesfälle mit stark pathologischem Liquor sind gewöhnlich mit ausgiebigen Veränderungen an den zerebralen Meningen verbunden, die spätere Paralyse voraussehen lassen; hier ist stets Doppelpunktionsbehandlung am Platze. Diese erfordert sehr große Erfahrung bezüglich Liquormenge sowie Salvarsandosis für obere und untere Burette; sie ist jedoch in der Hand des Erfahrenen eine absolut sichere und ungefährliche Behandlung, um latente meningeale Prozesse mit Sicherheit zu sanieren, deren Feststellung durch rechtzeitige Liquorkontrolle geschehen muß.

E. Levin-Berlin.

Über die Unbrauchbarkeit des Strontiurans als Reagens für die Beurteilung der Beschaffenheit des Neosalvarsans und Salvarsans, von W. Kolle, H. Bauer und F. Leupold, Georg Speyer-Haus Frankfurt a. M. (Fortschr. d. Ther., 1926, Nr. 21, S. 689.) Auf Grund von sorgfältigen Tierversuchen und weiteren Nachprüfungen lehnen Verff. das Strontiuran als Reagens zur Erkennung toxischer Beimengungen bei den Salvarsanen ab. Allein die staatliche Prüfung der Salvarsanpräparate ist maßgebend (Erlaß der preußischen Regierung vom 26. 8. 1926.) Präparate, die auf Grund dieser Prüfung für die Verwendung beim Menschen freigegeben sind, können, auch wenn sie mit Strontiuran Trübung geben, unbedenklich verwendet werden.

M. Cohn-Dresden.

Über Neosalvarsan-Lösungen in Strontiuran, von A. Kircher und E. v. Ruppert-Höchst a. M. (Fortschr. d. Ther., 1926, Nr. 21, S. 691.) Verff. wenden sich gegen die von Weil und Gamper ihnen vorgeworfene fehlerhafte Anordnung der Versuche betr.

Digitized by Google

Einwirkung des Strontiuran auf Neosalvarsan. Sie halten den Streit über die zu beobachtenden Verhältnisse beim Auflösen von Neosalvarsan in Strontiuran für völlig überflüssig, da es dem Arzt allein überlassen bleiben muß, welche Mengen von Neosalvarsan und Lösungsmittel er von Fall zu Fall für notwendig hält. Entsteht eine Trübung bei der Lösung von Neosalvarsan in Strontiuran, so wird eine Vermehrung des Strontiurans behufs Entfernung der Trübung nicht möglich sein. Der experimentelle Nachweis, daß die vereinzelt auftretenden Trübungen bei Lösung von Neosalvarsan in Strontiuren die Gegenwart erhöht toxischer Verbindungen anzeigen, ist nicht gelungen.
M. Cohn-Dresden.

Zur Frage der Salvarsanschädigungen, von J. Neuburger, III. Med. Univ.-Kl., Berlin. (D. m. W.. 1926, Nr. 44, S. 1853.) 45jähr. Pat., früher stets gesund, vor 5 Jahren luetisch erkrankt, vertrug die 1. Kur ohne irgend eine Schädigung. Bei der 2. Kur folgte jeder Salvarsan-Injektion ein Schüttelfrost, zu dem sich in der 2. Hälfte der Kur mehrere Tage anhaltende Blutungen aus Mund und Nase gesellten. Insgesamt wurde die Pat. vom Mai 1921 bis Januar 1925 mit Salvarsan behandelt. Die Blutungen ließen auch nach Injektion kleinster Dosen in großen Abständen nicht nach. Die weitere Behandlung wurde mit Bismophan durchgeführt, unter der sich der Allgemeinzustand besserte. Die Ursache der Schädigung in Form der hämorrhagischen Diathese beruht auf einer Überempfindlichkeit gegen Salvarsan, das einen Reiz auf das Zentralnervensystem ausübt. Dieser Reiz führt nach Wallerhöfer zu einer funktionellen Permeabilitätsschwankung der Kapillarwand für rote Blutkörperchen. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Entstehung und Behandlung des sogenannten Salvarsanikterus, von F. Rosenthal-Breslau. (Ther. d. Gegw., 1926, H. 12, S. 533.) Als echter Salvarsanikterus ist nur der durch Idiosynkrasie oder absolute Überdosierung ausgelöste Frühikterus anzusehen. Die nach dem Kriege aufgetretenen Spätikterus-Fälle beruhten zum Teil auf nicht einwandfreien Salvarsanpräparaten. Experimentell läßt sich der Beweis führen, daß Salvarsan in normaler Dosis nicht hepatotoxisch wirkt, selbst nicht auf geschädigte Leber. Der Nachkriegs-Spätikterus der Syphilitiker ist wohl als spezifische Affektion der durch Unterernährung geschädigten Leber, vielleicht in Verbindung mit der Weilschen Erkrankung, zu deuten. Auf derart doppelt geschädigte Lebern mag wohl zuweilen das Salvarsan toxisch eingewirkt haben, aber nur im Sinne des Frühikterus. Der Spätikterus ist als Hepato-Rezidiv nach ungenügender Behandlung aufzufassen, der eventuelle Salvarsan-Frühikterus als Herxheimersche Reaktion. Um allen Zufällen vorzubeugen, behandle man (nach Jadassohn) Leberlues bis zum Verschwinden des Ikterus zunächst mit Hg, Bi und Jod unter gleichzeitiger Diätetik, evtl. unterstützt durch Traubenzucker und Insulin-Injektion i. v. H. Colman-Berlin.

Hämorrhagien nach Salvarsaninjektionen (Ungarisch), von E. Liebner-Budapest. (Gyogyászat, 1926, Nr. 31.) Nach anstandslos vertragener 1. Kur traten bei der 2. von der 3. Injektion ab eine Stunde nach der Neosalvarsaneinspritzung Schmerzen in den Gesichtsknochen, Kopf, oberen Gliedmaßen und Gelenken mit Ohrensausen, Nasen-, und Zahnfleischblutungen, blutige Blasen auf der Mundschleimhaut und Hämorrhagien auf der Haut auf. Das Blutbild zeigte nur eine Eosinophilie, welche in 4 Wochen vorbei war. Die Erscheinungen knapp nach der Injektion können nur als Anaphylaxie gedeutet werden, denn die Kriterien der Arsenvergiftung fehlten. Innere Organe und Gehirn blieben verschont. Als unmittelbare Ursache der Hämorrhagien ist die gesteigerte Durchlässigkeit der kleinen Gefäße zu betrachten. M. Porosz-Budapest.

Über die ansatzfördernde Wirkung des Stovarsols bei schlecht gedeihenden, nicht luetischen Säuglingen, von O. Tezner-Karolinenkindersp. Gem. Wien. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 1, S. 6.) Der Erfolg tritt nur bei relativ großen Dosen ein, wobei Verf. die Auffassung bestätigen konnte, daß der Säuglingsorganismus bei weitem größere Arsenmengen verträgt als der Erwachsene. Bei Kleinkindern und älteren Kindern zeigt das Stovarsol keinerlei Wirkungen auf den Gewichtsanstieg. Die experimentellen Untersuchungen an Ratten und Kaninchen ergaben keine verwertbaren Ergebnisse über den Wirkungsmechanismus. R. Ley-Kreuznach.

Zur Stovarsolfrage, von H. Mierzicki-Univ.-Klin. f. Derm. u. Syphil. Lemberg. (M. Kl., 1926, Nr. 45, S. 1723—1724.) 63 Fälle wurden nach dem von Levaditi aufgestellten Schema behandelt, jedoch wurde bis auf das Doppelte (27,25 Stovarsol) der vorgeschriebenen Menge gestiegen. Besonders hervorzuheben ist die bedeutende Gewichtszunahme während der Kur. In bezug auf Wirkung und Nebenerscheinungen entspricht Stovarsol den sonstigen Salvarsanpräparaten, doch zeigt sich nach beiden Richtungen eine gewisse Labilität, die wohl in der, mit der stomachalen Anwendung zusammen-

Digitized by Google

hängenden, ungleichen Resorption begründet ist. Dadurch steht es den anderen Präparaten nach. E. Levin-Berlin.

Considérations sur le traitement de la syphilis au cours de la grossesse par les injections sous-cutanées de sulfarsénol (Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis der Schwangeren mittels subkutaner Injektionen von Sulfarsenol), von R. Derennes. (Pr. méd., 1926, Nr. 77, S. 1212.) Nach Derennes Erfahrungen ist das Sulfarsenol, eine Natronverbindung von Methylamino-arsenophenol, ein wirksames, sehr wenig schädigendes und haltbares Präparat, das bei allen Formen der Syphilis anwendbar ist und sich ganz besonders für schwächliche Individuen und schwangere Frauen eignet. Bei einer größeren Reihe von Schwangerschaften bei infizierten Frauen gelang es damit stets, lebende Kinder bei rechtzeitiger Entbindung zu erzielen. Unliebsame Reaktionen waren sehr selten. Albuminurien verschwanden oftmals unter der Behandlung.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tryparsamide Therapy in Neuro-Syphilis (Tryparsamid-Therapie bei Neurosyphilis), von J. D. Silverston. (Lancet, 1926. Bd 211, Nr. 5379, S. 693.) Die untersuchten Fälle sind in 4 Gruppen geteilt: 1. Nur Tryparsamid + Hg salicyl., 2. Malaria + Tryparsamid + Hg salicyl. 3. wie 1. 4. Tryparsamid allein. Dosierung 3 g auf 10 ccm H_2O i. v. inj. In Gruppe 1 wurden von 8 Paralysefällen 2 „geheilt", 1 gebessert, 4 unverändert, 1 letal. In Gruppe 2 von 5 Paralysen 2 „geheilt", 1 gebessert, 3 unverändert, 1 letal. In Gruppe 3 handelt es sich um 3 Fälle von meningo-vaskulärer Neurosyphilis, von denen 2 gebessert wurden. Gruppe 4 enthält 1 Fall von post-encephal. Psychose und 1 Fall von Huntingtons Chorea. Bei beiden Besserung. Bemerkungen über die langsame Beeinflussung der Reaktionen im Liqu. cerebrospinalis und genaue Beschreibung der bekannten „Salvarsanschäden", eingeteilt in „Früh"- und „Spät-Reaktionen". Durch die Tryparsamid-Therapie wurde in den meisten Fällen Wohlbefinden und Gewichtszunahme erzielt. H. Colman-Berlin.

A Note on the Treatment of General Paralysis by Tryparsamide (Eine Notiz über die Behandlung der Paralyse mit Tryparsamid), von M. Brown und A. R. Martin-London. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5379, S. 699.) Verf. beobachtete 17 Fälle. Vorübergehende Besserung durch die tonisierende Einwirkung des Arsens, günstige Beeinflussung meningealer Prozesse und des Liquors und Herbeiführung von Remissionen. Das Mittel selbst ist wenig toxisch, gut löslich und leicht zu verabreichen. Über die endgültigen Erfolge der Paralysen läßt sich natürlich erst nach Jahren berichten.
H. Colman-Berlin.

Kleine therapeutische Mitteilungen. 1. Unerwünschte Novasurolwirkung, von A. Reiche, Kinderheilanst. Braunschweig. (D. m. W., 1926, Nr. 49, S. 2082.) Ein 3 Wochen alter kongenital syphilitischer Säugling reagierte auf 2 Injektionen von je 0,5 ccm Novasurol mit einer derart starken Diurese, daß er beinahe an Wasserverarmung zugrunde gegangen wäre. Eine Sublimat-Salvarsankur wurde späterhin gut vertragen.
F. Harry-Wiesbaden.

Therapeutische Versuche mit einem lipoidhaltigen Bismutpräparat, von L. Dietrich-Budapest. (Orv. Hetilap, 1926, Nr. 29.) Die ungarische Fabrik Richter brachte unter dem Namen „Neobismosalvan" ein Präparat mit 15,5% Bismut, 29,5% Jod, 12% Chinin und 43% Benthin (Lezithin) heraus. Vorteile: große Dispersibilität, schmerzlose Injektion, kein Bismutsaum. M. Porosz-Budapest.

Über Bizol (ein Bismutpräparat von Egger), von B. Bara-Budapest. (Therapia, 1926, Nr. 8.) M. Porosz-Budapest.

Un nouvel élément agissant curativement dans la syphilis expérimentale: le tellure (Tellur, ein neues heilkräftiges Element in der experimentellen Syphilis), von C. Levaditi und S. Nicolau. (Cpts. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 94, Nr. 12, S. 827.) Tellur kommt in der Natur mit Wismutmineralien zusammen vor. Seine anorganischen Verbindungen sind stark toxisch (Blutgifte), hingegen ist das Element selbst im Verhältnis zur Wirksamkeit weniger giftig. In vitro tötet es das Nagana-Trypanosoma in einer Verdünnung von 1:10000; bei der Kaninchensyphilis sind unverkennbare Heilerfolge mit reinem Tellur, löslichen Tellursalzen und einer zyklischen Tellurverbindung erzielt worden. Letzteres Präparat wirkte ebenfalls des öfteren toxisch. Die Heilerfolge waren bei spontaner Kaninchenspirochätose geringer als bei experimentell erzeugter. Nach Ansicht der Verff. muß das Tellur in die Gruppe der bei Syphilis kurativ wirkenden Metalle gerechnet werden. F. Piorkowski-Berlin.

Die Heilung der Tabes und Paralyse mit Typhusvakzinen (Ungarisch), von A. Henszelmann-Miskolez. (Gyógyászat, 1926, Nr. 46.) Es wurde von der Papayschen

Digitized by Google

Typhusvakzine $^1/_{10}$ ccm = 50 Millionen Keime intravenös jeden dritten Tag gegeben. und um je 50 Millionen gesteigert bis 250 Millionen. Nach einer Stunde Schüttelfrost und Temperatursteigerung, 40,2°. Das Fieber dauerte bis 24 Stunden an. Nach 6—8—10 Injektionen deutlicher Erfolg. Bei 19 Tabesfällen hörten die tabischen Krisen auf, Ataxie und Sphinkterenstörungen besserten sich. Astasia, Abasia verschwunden. Wohlbefinden. Während oder vor der Kur keine antiluetische Behandlung. Von 5 Paralytikern zeigten nur zwei eine auffallende Besserung. Die psychischen Sötrungen und Depressionen verschwanden. Tremor und Sprachstörungen hörten auf. In zwei Fällen keine Besserung, in einem Falle nach Besserung Rückfall. M. Porosz-Budapest.

Zur Serumbehandlung der Syphilis, von P. Mulzer-Hamburg. (Kl. W., 1926. Nr. 41, S. 1920.) In erster Linie kommen das Quéry-Serum und das Lamaserum in Frage. Verf. kommt in Übereinstimmung mit anderen zu einer vollständigen Ablehnung der Anwendung dieser Sera, die er nicht nur für nutzlos, sondern vielfach auch für gefährlich hält. Es konnte in keinem Falle, auch nicht im Tierversuch, eine spezifische Einwirkung erwiesen werden. E. Langer-Berlin.

Über die Wirkung des Eosins bei der Abstellung der therapeutischen Impfmalaria, von K. H. Voitel, Univ.-Nervenkl. Leipzig. (Kl. W., 1926, Nr. 45, S. 2117.) In chininrefraktären Fällen von Impfmalaria, die an und für sich im allgemeinen nicht so häufig sind, hat Verf. eine Kombination des Chinins mit Eosin versucht bzw. das Eosin verabfolgt, wenn das Chinin keinen Fieberabfall herbeiführte. Er kommt zu dem Resultat, daß diese Kombination in manchen Fällen nützt, in anderen dagegen nicht, so daß ihr Wert nicht hoch zu veranschlagen ist. E. Langer-Berlin.

Zur Metaluesbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Malaria- und der Rekurrenstherapie, von L. Horn, Psych. neurol. Kl. Wien. (M. m. W., 1926. Nr. 47, S. 1975.) Vergleichende Untersuchungen über Wirkung der Rekurrens- im Verhältnis zur Malariabehandlung der p. P. Je 33 Fälle auf beide Weisen behandelt ergaben: Vollständige Remission durch Malaria in 42.4, Rekurrens in 18,2%. Unvollständige Remission durch Malaria 30,3, Rekurrens 27,3%. Unbeeinflußt: Malaria 18.2. Rekurrens 45,4%. Bei beiden gleichzeitig Salvarsantherapie. Also deutliche Überlegenheit der Malariabehandlung. Die unbeeinflußten Rekurrensfälle wurden nachträglich mit Malaria behandelt. Je weniger Rekurrensanfälle gewesen waren, desto bessere Beeinflußbarkeit durch nachträgliche Malariakur. Immerhin ist die Rekurrensbehandlung häufig nicht wirkungslos. Die Remissionen treten dann erst spät auf. Typisch serologischen Liquorbefund mit hohen Eiweiß- und Zellzahlen und einem typischen Gerinnsel. Langsamer Rückgang im Gegensatz zur Malariakur. Diese wäre durch Abschwächung der Kur oder Vorbehandlung mit Tuberkulin zu verbessern, da jetzt nicht selten zu starke Herderscheinungen bei den ersten Anfällen auftreten (Optikusatrophie). Über die Impfung mit lebenden Spirochäten läßt sich noch nichts sagen. H. Colman-Berlin.

Zur Malariabehandlung der Syphilis, von P. Mulzer-Hamburg. (Kl. W., 1926. Nr. 50, S. 2347.) Zirka 100 Fälle, und zwar solche mit älterer Lues und hartnäckig positiv bleibenden Blut- und Liquorveränderungen. Kontraindikationen sind schwere Herzerkrankungen, Lungentuberkulose und nichtsyphilitische Nierenleiden. Die Kur wird nach Kyrle gemacht, d. h. eine halbe spezifische Kur — 3,0 g Salvarsan und Bi — vor und ebensoviel nach der Malariabehandlung; letztere muß mit dem Einsetzen der Anfälle unbedingt stationär vorgenommen werden. Kupierung mit 10% Chininlösung zweimal je 5 ccm i. v. innerhalb von 24 Stunden nach 8—10 Anfällen. Ist vorübergehende Abschwächung der Malaria notwendig, so wird 0,2 g Chinin per os gegeben. Über Dauererfolge noch kein Urteil, die momentanen Resultate scheinen günstig, Blut und Liquor werden meistens saniert. Eine Entscheidung über die Malariabehandlung der Frühlues lehnt Verf. ab, weist aber den Gedanken nicht ab. Einzelne bisher in diesem Sinne behandelte Fälle ergaben gute Resultate. E. Langer-Berlin.

Ulcus molle, Venerisches Granulom

Quelques détails sur la biologie du bacille de Ducrey, dans ses rapports avec le diagnostic de l'infection streptobacillaire (Einige Einzelheiten über die Biologie des Streptobazillus in seinen Beziehungen zur Diagnostik der streptobazillären Infektion), von J. M. Miravent, R. Quiroga und H. Sosa. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926. Bd. 95, Nr. 32, S. 1162.) Reichliches Wachstum zu erzielen, ist sehr schwer. Die Inokulation auf Kaninchenhornhaut gelang nur sehr mäßig. Bildung von Antikörpern. Komplementbindung usw. war nicht zu erzielen. Daher auch keine Serumbereitung.

Digitized by Google

Der Streptobazillennachweis im Ulcus molle ist leicht. Ebenso gelingt die intradermale Reaktion nach Nicollescher Technik. Autoinokulation ist meist vom zweiten Tag ab positiv und als Diagnostikum gut zu verwerten. H. Colman-Berlin.

Chancroidal Buboes. Efficient Treatment by Injections of Mencière's Solution (Schankröse Bubonen. Erfolgreiche Behandlung durch Einspritzungen von Mencièrescher Lösung), von H. G. Miskjian-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 18, S. 1436.) 58 Bubonen wurden vom Verf. wie folgt behandelt: 5—6 mm, höchstens 1 cm langer Einschnitt, 1—2 Tage danach (nach Abklingen der Entzündungserscheinungen) wird 1—1,5 ccm Mercièresche Lösung (Jodoform 10,0, Guajakol 10,0, Eukalyptol 10,0, Alkohol, 95%ig, 10,0, Perubalsam 30,0, Äther 100,0) nach vorheriger Entfernung etwa noch vorhandenen Eiters in den Bubo injiziert. Nach weiteren 24 Stunden kann zum zweitenmal die gleiche Menge injiziert werden. In 74% der Fälle wurde in 8 bis 10 Tagen völlige Heilung erreicht; in 65% genügte eine einzige Injektion. Durch diese Behandlung konnte M. seine Patienten immer rasch in ambulante Behandlung entlassen. Die sogenannte hypertrophische Form des Bubo, auf die schon Ricord 1838 aufmerksam gemacht — harte, halbkugelförmige oder ovale Drüsen mit rascher Entwicklung und sehr langsamem Rückgang —, reagierte auf diese Behandlung nicht.
A. Holländer-Bielefeld.

Le traitement du chancre mou et de ses complications par les filtrats de culture du bacille de Ducrey (Die Behandlung des Ulcus molle und seiner Komplikationen mit Filtraten von Kulturen des Streptobazillus), von A. de Assis und **A. Fraga.** (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 36, S. 1455.) In 7 Fällen von kompliziertem Ulcus molle wurden ausgezeichnete Erfolge mittels lokaler Anwendung von Filtraten der Kulturen des Bazillus Unna-Ducrey erzielt. Die schnellsten Erfolge sahen Verff. bei unkomplizierten Fällen, jedoch war auch der Einfluß auf phagedänische Ulzera ein überraschend günstiger. O. A. Schwarz-Berlin.

Traitement ambulatoire du chancre mou par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle en injections intra-musculaires (Ambulante Behandlung des weichen Schankers mit dem Nicolleschsn Antistreptobazillenvakzin vermittels intramuskulärer Einspritzungen), von A. Lévy-Franckel. (J. de Méd. de Paris, 1926, Nr. 43, S. 895—901.) Die zuerst inaugurierte intravenöse Einspritzung des Nicolleschen Vakzins war mit sehr starken Allgemeinerscheinungen verbunden, die die Fortsetzung der Arbeit unmöglich machten. Bei den intramuskulären Einspritzungen sind sie wesentlich geringer, auch die örtlichen Beschwerden sind im allgemeinen mäßig. Dosierung 1—1,5—2 ccm. Bei einem Teil der Kranken genügte eine Serie von 4 Einspritzungen für die Heilung, bei anderen waren nach dieser Zeit die Geschwüre noch nicht geheilt, und es mußte wegen stärkerer Allgemeinerscheinungen eine Unterbrechung eintreten, doch ließ sich dann eine zweite Serie ohne stärkere Erscheinungen bis zur Heilung durchführen. Bei Bubonen trat gleichfalls schnelle Heilung ein, besonders wenn noch kein Eiter vorhanden war. Außerdem örtliche Behandlung. E. Levin-Berlin.

Blennorrhoe

a. Ätiologie

Experimentelle Blennorrhoe bei Kaninchen, von Kalinin und Fahlberg. (Journal zur Vervollkommnung der Ärzte, 1926, Nr. 7/8 [russisch].) Nach vorheriger Sensibilisierung der Konjunktiva durch Galle gelingt es in ungefähr $^1/_3$ der Versuche, bei Kaninchen Blennorrhoe zu erzeugen. Die Spezifität der Keratokonjunktivitis wird einerseits durch das klinische Bild, andererseits durch die Gonokokkenkultur bewiesen. Eine Immunität kommt nicht zustande; auch lassen sich keine Agglutinine und komplementbindende Stoffe während der Blennorrhoe und nach der Genesung bei den Kaninchen nachweisen. A. Jordan-Moskau.

Classification sérologique des gonocoques (Serologische Klassifizierung der Gonokokken), von J. M. Miravent, R. Quiroga u. P. Negroni. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 32, S. 1166.) Verff. gruppieren die Gonokokkenstämme nach ihren Eigenschaften als Antigene. Beschreibung der Methoden. Er erhielt mit 4 verschiedenen Seren bei 45 Stämmen verschiedene Agglutinationsergebnisse. H. Colman-Berlin.

Culture du gonocoque. Quelques détails sur certains milieux d'élection (Gonokokkenkultur. Einige Einzelheiten über gewisse Nährböden), von A. Sordelli, J. M. Miravent und P. Negroni. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 32, S. 1164.)

Digitized by Google

Nach der Moraxschen Technik erhalten Verff. mit einem Lebergelatinenährboden außerordentlich reichliche und haltbare Reinkulturen. Um die Kulturen feucht zu halten, wird der Gefäßboden vorher mit Wasser gefüllt und das Gefäß selbst verschlossen gehalten. H. Colman-Berlin.

Komplementbindung bei Gonorrhoe (Ungarisch), von L. Heiner-Szeged. (Orv. Hetilap, 1926, Nr. 25.) Der Verf. untersuchte 380 Fälle. 256 waren Blennorrhoiker, 112 Sera wurden von anderen Kranken gewonnen. 12 Personen wurden mit Gonokokkenvakzinen vorbehandelt. Bei den mit Blennorrhoe nie Infizierten fand Verf. in 93% eine negative Bindung. Bei gewesener oder vorhandener blennorrhoischer Infektion war in 81% die Bindung positiv. Bei den 12 sicher Nichtblennorrhoikern war die Bindung mehr oder weniger stark positiv. In 6—8 Tagen nach der Infektion zeigt sich die Komplementbindung und kann als spezifisch betrachtet werden, aber in 4—6 Wochen wird sie negativ, auch wenn die Krankheit weiterbesteht. Angewendet als Antigen wurde Gonargin extra stark (Höchst), welches im Eisschrank gehalten monatelang seinen Titer anstandslos weiter behielt. M. Porosz-Budapest.

b. Pathologie und Klinik

La maladie gonococcique, affection générale; sa pathologie (Die durch Gonokokken bewirkte Erkrankung ein Allgemeinleiden; die Pathologie derselben), von H. Jausion. (Presse méd., 1926, Nr. 93, S. 1457.) Die Urethritis gonorrhoica sieht Verf. nur als ein Teilsymptom der durch die Gonokokken bedingten Allgemeinerkrankung, Gonokokkia, an. Schon 8—10 Tage nach Einsetzen der lokalen Erscheinungen bilden sich Antikörper im Blute (Gono-Reaktion von Rubinstein und Gauran). Auch bei milde verlaufender Urethritis können Antikörper im Blute nachgewiesen werden. Die Rolle der bei länger dauernder Urethritis zu beobachtenden Flora (Pneumokokken, Kolibazillen, Staphylokokken usw.) ist nicht ganz sichergestellt. Manche Autoren nehmen eine wirkliche Symbiose an. Oft günstiger Einfluß von interkurrenten fieberhaften Erkrankungen, von Schutzpockenimpfungen usw. Verf. betont die mehrfach gemachte Beobachtung, daß Individuen mit starker Pigmentierung der Haut (Neger) die Gonokokkeninfektion leichter überstehen als solche mit blasser Haut. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Urethritis gonorrhoica und ihre Komplikationen, von H. Unterberg-Budapest. (Therapia, 1926, Nr. 8.) Nichts Neues. M. Porosz-Budapest.

Urethritis gonorrhoica bei Knaben, von Furmanow. (Wratschebnoje Delo, 1926, Nr. 21.) Verf. berichtet über 11 Fälle von Blennorrhoe bei Knaben im Alter von 9 bis 15 Jahren in Charkow, erworben infolge Geschlechtsverkehrs, wobei derselbe in 3 Fällen auf eigenen Wunsch, in 8 Fällen auf Ermunterung durch Altersgenossen oder Prostituierte erfolgte. 8 der Knaben waren obdachlose Kinder, 2 dagegen Kinder eines Handwerkers, 1 eines Händlers. A. Jordan-Moskau.

Die Gonorrhoe der Frauen, von O. Mansfeld-Budapest. (Therapia, 1926, Nr. 8.) Nichts Neues. M. Porosz-Budapest.

Besonderheiten der weiblichen Gonorrhoe, von C. Bucura. (W. m. W., 1926, Nr. 40, S. 1171 und Nr. 41, S. 1214.) Die ausgesprochene Symptomarmut der Blennorrhoe der Frau macht sie im Gegensatz zu der Blennorrhoe des Mannes bedeutend gefährlicher. Verf. hat verschiedentlich Fälle beobachtet, in denen eine bei der Geburt erworbene Blennorrhoe sich bei der Defloration durch die Infektion des Partners bemerkbar machte, ohne während der ganzen Zeit in Erscheinung zu treten. Auch Fälle, in denen die Frau nur Gonokokkenträgerin ist, sind nicht gar so selten. Verf. setzt sich für eine sehr sorgfältig durchgeführte lokale Behandlung, auch des inneren Genitale, ein. Fast in jedem Falle auch Vakzinetherapie, die vorzugsweise lokal angewendet wird, indem das Vakzin direkt in die Nähe des Krankheitsherdes, z. B. in die Portiosubstanz, injiziert wird. Ermutigende Erfolge. Bei refraktären Zervizitiden geht Verf. chirurgisch vor und stichelt nach Spaltung der Zervix die Schleimhaut des Halskanals mit dem Paquelin. Auf diese Weise werden gonokokkenhaltige Drüsengänge zerstört. Gonorrhoische Adnexerkrankungen sind der Vakzinetherapie zuzuführen. E. Langer-Berlin.

e. Therapie

Erfahrungen über Argyl beim akuten Tripper (Ungarisch), von S. Soltész-Miskolez.

Therapie der akuten Gonorrhoe mit Argyl (Ungarisch), von M. Wohl-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 30.)

Digitized by Google

Heilung der akuten Gonorrhoe mit Argyl, von K. Szente-Geisler-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 39.) M. Porosz-Budapest.

Neuere Argentumpräparate in der Gonorrhoetherapie, von E. Kron-Budapest. (Budapesti Orvosi Ujság, 1926, Nr. 31.) Gute Erfolge mit dem ungarischen Präparat Argyl (Egger). Es ist ein Zyansilber mit 55% Ag. Löst sich rein im Leitungswasser, ist lichtfest, tiefwirkend und macht die Wäsche nicht fleckig. Gebraucht in 0,02 bis 0.08%iger Lösung, auch stärker konzentriert ist es reizlos. Bei Zystitis 1:18000 bis 1:2000. In chronischen Fällen Instillationen mit ½—2%igen Lösungen. M. Porosz-Budapest.

Necaron als Antigonorrhoikum, von M. Pogány-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 11.) 50 Fälle. Behandlung mit Janetschem Verfahren von 1:10000 und Einspritzungen mit einer gewöhnlichen Tripperspritze täglich 4mal 5 Minuten. Die tiefen Einspritzungen wurden mit Guyon- oder Ultzmann-Katheter in Konzentration von 1‰ gegeben. Schmerzen und Irritationen wurden nie beobachtet und die Gonokokken waren in 10—12 Tagen (im Durchschnitt) verschwunden. Das Sekret verminderte sich bald. Bei einigen Fällen in 4 Wochen vollkommene Heilung. Es gab aber auch Fälle, wo nach mehrwöchiger Behandlung zu einem anderen Mittel gegriffen werden mußte. M. Porosz-Budapest.

Über die Brauchbarkeit des Targesin bei der Behandlung der männlichen Gonorrhoe, von J. Krechel, Univ.-Hautkl. Bonn. (M. m. W., 1926, Nr. 46, S. 1932.) Targesin wurde verwendet zur ausschließlichen Behandlung bei 51 Kranken, 12 davon frische Gon. ant., 39 mit Beteiligung der Posterior. Rasche Klärung des Urins und Verminderung der Sekretion neben völliger Reizlosigkeit. Gonokokken vom 2.—3. Tage nicht mehr nachweisbar. Heilung durchschnittlich in 3—4 Wochen. Auch bei den Fällen von Gon. ant. et post. gute Erfolge. Komplikationen wurden nicht beobachtet. M. Cohn-Dresden.

Die Behandlung der Epididymitis gonorrhoica mit Elektrokollargol „Heyden", von O. D. Günsberger-Osijek. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 19, S. 626.) Bei der phlegmonösen Form der Epididymitis gonorrhoica, die Verf. wegen der dabei bestehenden besonderen Beteiligung des lymphatischen Apparates als Epididymitis gonorrhoica lymphatica bezeichnet, hat sich das Elektrokollargol als besonders wirksam erwiesen. Gewöhnlich genügten 1—2 intravenöse Injektionen, daneben Eisumschläge. Vakzine und Milch sind bei dieser Form der Epididymitis wegen der Gefahr der Provokation des Prozesses kontraindiziert. B. Peiser-Berlin.

Das Silberkristalloid Transargan. Seine besondere Anwendung als Antigonorrhoikum in der Frauen- und Kinderpraxis, von H. Lewinsky, Derm. Stat. II. Chir. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Neukölln. (Kl. W., 1926, Nr. 47, S. 2212.) Gute Erfolge mit Transargan, besonders als 2%iger Transargan-Tragantschleim, da es in dieser Form an der Schleimhaut lange haften bleibt und so gründlich einwirken kann. In dieser Verordnung ist es besonders in Fällen angebracht, in denen man nicht so oft behandeln kann. E. Langer-Berlin.

Die weibliche Gonorrhoebehandlung mit Tampovagan, von W. Richter, Derm. Abt. Chir. Univ.-Kl. Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 43, S. 1823.) Zur Anwendung kamen Tampovaganstäbchen mit 5% Zinc. sulfocarbonic. für die Urethra, solche mit 5% Protargol für die Zervix und Tampovagan-Globuli für die Vagina. Sind Komplikationen in Gestalt von Endometritis, Adnexitis usw. vorhanden, so tritt an die Stelle der lokalen Behandlung Reizkörpertherapie mit Gono-Yatren. Bei chronischen Komplikationen werden beide Behandlungsmethoden kombiniert, eventuell unter Zuhilfenahme von Diathermie. F. Harry-Wiesbaden.

Pulverbehandlung der weiblichen Urethralgonorrhoe mit dem Bläser „Ur-Go", von A. Stern-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1926, Nr. 47, S. 1806—1807.) Mittels des abgebildeten Instrumentes gelingt es, Pulver (Choleval, Protargol, Argentamin, Talkum oder Sacch. lact. 1%) leicht in die Harnröhre zu bringen, ohne daß es beim Herausziehen wieder abgestreift wird. E. Levin-Berlin.

Diathermy in the Treatment of Gonorrheal Endocervicitis (Diathermiebehandlung der Zervixgonorrhoe), von B. C. Corbus und V. J. O'Conor-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1926. Bd. 87, Nr. 22, S. 1816.) Gute Erfolge bei 150 klinisch behandelten Fällen. Verff. empfehlen Einführen der aktiven Elektrode in die Zervix, jedesmalige Behandlung mindestens 25 Minuten, längstens 60 Min. Die Temperatur muß 46,5—47° C betragen und ständig durch Thermometer kontrolliert werden. Abbildung des Instrumentariums, eingehende Beschreibung der technischen Fragen. O. A. Schwarz-Berlin.

Digitized by Google

Urogenitalapparat

a. Allgemeines

Über Hirsutismus und Virilismus suprarenalis, von H. Strauß-Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 50, S. 2112.) Die 37jähr. Patientin, der im Jahre 1919 ein Ovarium entfernt worden war, erkrankte vor $1^1/_2$ Jahren an Dysmenorrhoe. Neben Müdigkeit und Abnahme des Körperfettes stellte sich im weiteren Verlauf männliche Behaarung im Gesicht, in der Genitalgegend und an den Oberschenkeln ein. Hierzu trat auch Braunfärbung des Gesichts und der Hände. Seit 3 Monaten Ödeme an beiden Beinen. Diagnose: Hirsutismus als Folge eines Nebennierentumors. Die Ödeme entstanden durch Hineinwachsen des Tumors in die Vena cava inferior und Vena renalis dextra.

F. Harry-Wiesbaden.

Ein fraglicher Fall von Pubertas praecox bei einem Neugeborenen, von P. G. Schmidt, Pathol. Inst. Univ. Freiburg i. Br. (Zschr. f. Sexualw., 1926, Bd. 13, H. 8, S. 276—282.) Das neugeborene, bald nach der Geburt gestorbene Kind zeigte allgemeine übermäßig starke Entwicklung des Körpers und entsprechend auch der Genitalien. Für Pubertas praecox spricht ein bei der Sektion gefundenes ausgebildetes Corpus folliculare luteum. Die Pubertas praecox kann in verschiedenen Formen (die sich häufig kombinieren) auftreten und eingeteilt werden in Überentwicklung 1. der Pars germinativa des Genitale, 2. der Pars generationis des Genitale, 3. der Pars copulationis des Genitale, 4. des Soma (Körpergröße und Gewicht) und der sekundären Geschlechtscharaktere (Behaarung, Brustdrüse, Stimme). Die Ursache der hier beschriebenen Veränderungen lag vielleicht in einer gleichfalls gefundenen Hypoplasie der Nebennieren.

E. Levin-Berlin.

Ein Beitrag zur Frage der Pubertas praecox, von E. Stransky-Wien. (Kl. W., 1926, Nr. 50, S. 2358.) Bei einem Mädchen setzte auf dem Boden eines primären Hypergenitalismus in der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres die Menstruation ein. Gleichzeitig tritt schlagartig, während die geistige Entwicklung und der Blutbefund dem Alter entsprechend bleiben, ein erhöhtes Längen- und Gewichtswachstum ein, indem das Kind in 9 Monaten um 15 cm größer wird. Auch die Knochenentwicklung hält hiermit Schritt und ist dem Alter des Kindes um viele Jahre voraus, so daß man annehmen muß, daß dieselbe kurz vor dem Abschluß steht. Es ist dies der erste Fall in der Literatur der Pubertas praecox, der von der Geburt an ständig ärztlich überwacht wird. Übrige Literatur wird kurz aufgeführt. E. Langer-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase

Anomalien am Penis. Ihre Beziehungen zur Hypospadie und ihre Deutung, von R. Sievers, Chir. Abt. Univ.-Kinderkl. Leipzig. (D. Zschr. f. Chir., 1926, Bd. 199, H. 3/5, S. 286—306). In den acht näher beschriebenen Fällen fanden sich Difformitäten des Penis, bestehend in Knickungen und Torsionen der Eichel gegen den Schaft. Anomalien des Verlaufes der Raphe penis, Anomalien des Präputiums, zu denen neben schon früher bekannten als neu eine eigenartige Fältchenbildung auf dem Gliedrücken hinzukommt. Die Veränderungen sind in ganz ähnlicher Form bei der Hypospadie zu beobachten, sie stellen offenbar nur ein Frühstadium der letzteren dar. Die Raphe penis ist ein Homologon der kleinen Labien des Weibes, die Verlaufsform in den beschriebenen Fällen hat große Ähnlichkeit mit dem Verlaufe der Nymphen in fertigem Zustande; es kann daher in der Rapheanomalie und also auch in der Hypospadie eine hermaphroditische Bildung gesehen werden. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: a. o. Prof. Max Hesse in Graz. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 13 (Bd. 84) 26. März 1927

Aus der Dermatologischen Klinik der Saratower Universität
(Direktor: Prof. P. S. Grigorjew)

Ein Fall „Erythème annulaire centrifuge Darier"

Von

Dr. A. W. Worobjew und Dr. G. W. Ujanski

Mit 1 Abbildung im Text

Am 29. III. 1926 hat Dr. Ujanski in die Klinik die Kranke P., eine Mädchen von 18 Jahren, geschickt. Lues, Tuberkulose und Geisteskrankheiten in der Familie verneint die Kranke. Trinkt keinen Alkohol, raucht nicht. In Vergangenheit: Flecktyphus, schwere Influenza, Herzfehler, katarrhale Pneumonie. Der Ausschlag, welcher sie genötigt hat, sich an Dr. Ujanski zu wenden, existiert schon während 3 Monate; die Kranke hat ihn erst dann bemerkt, als er sich bedeutend verbreitet hatte. Im Anfange erschien an den dorsalen Flächen der oberen Extremitäten eine Röte in Form einzelner Streifen, welche sich dann verhältnismäßig schnell über fast die ganze Hautbedeckung verbreitete mit teilweiser Ausnahme des Rückens, des Gesichts und der Oberschenkel.

Gewicht: 50 kg. Wuchs: 160 cm. Ernährung: ungenügend. Die sichtbaren Schleimhäute: bläßlich. Zahnfleisch: normal. Im Munde fehlen 12 Zähne am unteren Kiefer. Magen, Darmtrakt: normal.

Herz: Ausgedehnter Herzstoß, nach außen von der Mamillarlinie verschoben; bei Palpation an der Spitze: frémissement cataire praesistolique. Die obere Grenze der großen Dämpfung liegt am Rande der 3. Rippe, der absoluten — am oberen Rande der 4. Rippe. Die rechte Grenze — große Dämpfung zweifingerbreit nach rechts vom rechten Sternalrande, die linke Grenze fällt mit dem Herzstoß zusammen und liegt zweifingerbreit nach links von der Warze. An der Spitze: präsystolisch-systolisches Blasegeräusch, der 1. Pulmonalton unrein, der 2. Pulmonalton gespalten und bedeutend verstärkt, an der Aorta 1. Ton unrein, 2. Ton auch etwas verstärkt, am Trikuspidalis systolisches Blasegeräusch und Akzent des 2. Tons.

Diagnose: Insufficientia et stenosis v. mitralis.

Puls: rhythmisch, Füllung und Spannung mittelmäßig.

Lungen: An der rechten Lungenspitze Verkürzung des Perkussionsschalls, hartes Atmen. Die Lungengrenzen normal; vesikuläres, stellenweise verhärtetes Atmen, einzelne trockene Geräusche.

Leber: vergrößert, wird auf zweifingerbreit unter dem Rippenrande durchgefühlt, etwas schmerzhaft bei der Palpation.

Nervensystem (Dr. N. W. Mirtowski) in folgendem Zustande: Feines Zittern der Augenlider und der Finger an den ausgestreckten Händen. Muskeltonus normal. Die Sehnenreflexe lebhaft. Das Erhalten von Kniereflexen wird von einer emotiven Reaktion begleitet. Reflexe von Schleimhäuten: kornealer, konjunktivaler und Schluckenreflex geschwächt, von seiten des weichen Gaumens fehlt. Die Hautreflexe sind lebhaft. Die Empfindlichkeit aller Arten ist bewahrt. Die Pupillen sind gleich, reagieren lebhaft auf Licht und Akkomodation. Ausgesprochener weißer Dermographismus. Die psychomotore Reaktion nicht ausgesprochen. Schweißabsonderung erniedrigt. Psychische Sphäre emotiv. Aufmerksamkeit rasch ermüdbar und unbeständig. Stimmung wandelbar.

Diagnose: Hysteria constitutional., et neurosis vasomotor. veg.

Harn: Sp. G. = 1030. Eiweiß, Zucker nicht vorhanden. Leukozyten bis zwei im Augenfelde, Reaktion sauer, Kristalle von oxalsaurem Kalzium in geringer Anzahl, flache Epithelialzellen.

Digitized by Google

Blut: Erythrozyten 3750000, Leukozyten 7500, Hb 56, Lymphozyten klein 21,44%, Neutrophilen 63,76%, Eosinophilen 5,21%, Übergangsformen 5,5%, Lymphozyten groß 4,05%. WR = 0.

Haut (siehe Abbildung): Die ganze Hautbedeckung, mit Ausnahme eines Teiles des Rückens, der Biegungsflächen, der Schienbeine und Hüften ist von einem Ausschlag bedeckt, der hauptsächlich aus papulösen Elementen (es kommen auch wenige erythematöse vor) besteht, welche stellenweise isoliert liegen, von der Größe eines Hirsekorns bis zu einem kleinen Linsenkorn, größtenteils aber in verschiedene Figurenringe, Halbringe, Bogen, Girlanden, landkartenartig gruppiert sind. Alle diese Elemente sind von einer derben, zuweilen leicht pastösen Konsistenz. Das letztere ist möglicherweise durch Ödem bedingt, welches an der ganzen Haut, jedoch nicht in gleichem Grade beobachtet wird. An den Stellen mit stark ausgesprochenem Ödem nehmen die Elemente einigermaßen einen urtikaren Charakter an. Die Effloreszenzen des Ausschlags erheben sich über das Niveau der normalen Haut auf $^1/_2$—$1^1/_2$ mm. Ihre Farbe ist rosigzyanotisch, nicht gleich intensiv an verschiedenen Stellen der Haut.

Am Gesicht sind von dem Ausschlag Stirn und beide Wangen bedeckt. An der Stirn sind kleine unregelmäßig geformte Ringe zerstreut; an den Wangen aber besteht der Ausschlag aus bogenförmigen schmalen rosigen Streifen, die sich auf den Hals verbreiten. Das Gebiet des Schultergürtels, so auch der Oberteil des Rückens sind symmetrisch an beiden Seiten von dem Ausschlag bedeckt, welcher aus Ringen und Halbringen von 4,5—7 cm im Durchmesser besteht; zuweilen nehmen dieselben das Aussehen einer komplizierten Zeichnung von Girlanden an. Die Hautfarbe innerhalb der Ringe und genannter Figuren hat einen bläulichen oder bräunlichen Ton. An den oberen Extremitäten sind in Menge runde flache plaquesartige Elemente zerstreut, welche nach der Farbe sich in zwei Zonen teilen: die peripherische hellrosa und die innere blaßrosa mit lividem oder stellenweise bräunlichem Ton. Im Zentralteile der Plaques verteilen sich konzentrisch ebensolche Ringe von geringerer Größe. An den Hüften und Beinen gibt es analoge Bildungen, nur mit dem Unterschiede, daß die Effloreszenzen hier flacher sind und einen stärker ausgeprägten zyanotischen Ton haben. Auf den Ausschlagelementen der Biegungsflächen der oberen Extremitäten und im Gebiet der Schulterblätter gibt es Bläschen von der Größe eines Hirsekorns, welche teils isoliert, teils gruppenweise verteilt sind. Ihre Form ist unregelmäßig rund.

Die Evolution des Ausschlages ist wahrscheinlich folgende: die Initialflecken werden rasch zu Papeln oder Plättchen, ihr Zentrum wird flach, indem es eine regressive Entwicklung durchmacht und in der Farbe sich verändert, die rosarote Farbe wird von einer lividen und dann bräunlichen ersetzt; an der Peripherie aber geht das Wachsen des Elementes in Form eines ringartigen erhöhten roten Wellchens weiter, auf diese Weise entwickeln sich Ringe von großem Radius. Durch Zusammenfließen benachbarter Ringe entstehen girlandenartige Effloreszenzen und durch teilweise Resorption der Ringe bogenartige Elemente. Im Zentrum der ringartigen Figuren können wiederum Papeln erscheinen, die dann

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES NOT TO BE REMOVED.

nicht selten laut dem geschilderten Trapharet ihrerseits sich in Ringe von geringer Größe verändern; auf diese Weise entstehen Efflorescenzen, welche aus einigen ineinander geschlossenen konzentrischen Ringen bestehen.

Der Verlauf der Krankheit ist sehr dauernd; die Krankheit ist im allgemeinen eine ununterbrochene Kette neuer Ausschläge an Stellen, die noch frei sind von denselben und an Stellen, wo der Ausschlag sich schon vollauf oder teilweise resorbiert hat.

Mikroskopische Untersuchung. Der Kranken wurde unter Kokain ein Stückchen der beschädigten Haut von dem rechten Oberarm entnommen. Fixation: Formalin; Verdichtung: Alkohole von steigender Stärke, und Einbettung: Paraffin. Schnitte wurden von 6—10 μ gemacht.

Beim Untersuchen der Präparate, gefärbt mit Hämatoxylin-Eosin, van Gieson, nach Weigert u. a., finden wir Bläschen unter der Langerhans-Schicht, sie reichen nicht bis zur Basalschicht. Die Bläschen entstehen auf gemischte Weise: nach dem Typus ballonierende Degeneration, an der Peripherie aber sind altération cavitaire und Spongiose zu sehen. Die Oberwand bildet das ödematöse parakeratinisierte Horn. Inhalt des Bläschens: 1. Leukozyten, Mono- und Polynukleären und Eosinophilen; in einigen Eosinophilen amitotische Teilung der Kerne; 2. Reste von Epithelialzellen; angequollene, ödematöse und degenerierte Epithelialzellen mit Kernen, die zum Teil im Zustande der Karyorrhexis und zum Teil der Karyolysis sich befinden. Epithelialzellen der Stachelschicht, welche die Wände des Bläschens bilden, sind teils nach dem Typus der Weigertschen Koagulationsnekrose degeneriert, teils im Zustand der Altération cavitaire, wobei letztere auch weiter abseits vom Bläschen zu sehen ist.

Die Papillen sind ödematös, die Kollagenfäden gelockert, stellenweise bilden sich Höhlen in Form von Binnenzellen. Die Blutkapillare sind erweitert, von Blutkörperchen überfüllt. Die Menge der Zellelemente des Papillenstroma ist durch Vermehrung der Fibroblasten und zum Teil Emigration der Lymphozyten vergrößert; stellenweise kommen in den Papillen Eosinophilen vor.

St. subpapillare: Ödem- und Entzündungserscheinungen, Erscheinungen seröser Exsudation und Zelleninfiltration sind stärker ausgesprochen als in den Papillen; besonders fällt eine Ausbildung von recht massivem Infiltrat um die erweiterten Blutgefäße auf.

Infiltratbestand: Fibroblasten, poly- und mononukleäre Leukozyten, stellenweise aus dem Blutstrom herausgetretene Erythrozyten und zahlreiche Eosinophilen und in mäßiger Anzahl Mastzellen. Plasmazellen fehlen. Dieses Infiltrat verbreitet sich, die Blutgefäße umhüllend und deren Verzweigungen verfolgend, und dringt tief in die Cutis pr. ein. Besonders massiv erscheint es stellenweise um die Haarbälge und Schweißdrüsenknäulchen. So daß man bei Untersuchung des ganzen Präparates bei geringer Vergrößerung den Eindruck der Anwesenheit eines perivaskulär-nestartigen Infiltrats erhält, welches besonders stark im Gebiet der Blutgefäße, um die Fett- und Schweißdrüsen und Haarbälge ausgesprochen ist.

Digitized by Google

Diagnose: Laut Meinung der Klinik stellt die angeführte Krankheit ein vorzüglich ausgesprochenes Muster des Leidens vor, welches im Jahre 1916 J. Darier unter dem Namen: „Erythème annulaire centrifuge" beschrieben hat.

Darier hält folgende Symptome als charakteristische für diese Krankheit:

1. Bei der raschen Evolution der einzelnen Effloreszenzen verzieht sich die Krankheit im ganzen auf viele Monate, was durch wiederholte Erscheinung neuer Elemente des Ausschlags bedingt wird.

2. Rasche Verwandlung der fleckigen primären Effloreszenzen in Ringe und Bogen infolge des gleichzeitigen Wachsens der Elemente an der Peripherie und der rückgängigen Entwicklung ihrer Zentralteile.

3. Eigenartige Dichtheit der ringförmigen Effloreszenzen und

4. Lösung des Ausschlages durch völlige Resorption der Elemente mit Nachlassen einer zeitweiligen Pigmentation.

Alle diese Symptome waren bei unserer Kranken deutlich ausgesprochen.

Verlauf der Krankheit und Behandlung: Im Anfange, vom 8.—21. II., bekam die Kranke Aspirin innerlich und äußerlich indifferente Schüttelmixtur. Es trat keine Besserung ein. Im Gegenteil, der Ausschlag wurde greller und erschien ununterbrochen an neuen Stellen. Vom 21. II. wurde Autohämotherapie angewendet. Schon am folgenden Tage nach der ersten Seance der Autohämotherapie (5 ccm eingeführt) wurden die Elemente des Ausschlages höher, infolge Vergrößerung des Hautödems, und lebhafter gefärbt. Diese Reaktion dauerte 3 Tage, allmählich nachlassend, und am 4. Tage unterschied sich die Farbe der beschädigten Stellen fast nicht von der normalen Haut und das Infiltrat verringerte sich fast um das Doppelte, seine Dichtheit hat auch abgenommen.

Am 25. II. wurde eine zweite Seance der Autohämotherapie durchgeführt (8 ccm). Nach 3 Tagen war das Infiltrat der Elemente am Rücken an einigen Stellen vollauf resorbiert, wodurch die Regelmäßigkeit der Figuren gestört war. An den oberen Extremitäten behält das Infiltrat seine regelmäßigen Konturen.

Am 28. II. dritte Seance der Autohämotherapie, 10 ccm.

Am 3. III. wird das Infiltrat am Gesicht höher und breiter, seine Färbung intensiver.

Am 5. III. verbreitet sich das Infiltrat an den dorsalen Flächen der Extremitäten auf der Peripherie. Zyanotische Farbe hält an.

Am 6. III. vierte Seance der Autohämotherapie, 12 ccm.

Am nächsten Tage ist das Infiltrat an den dorsalen Flächen der Oberarme flacher und blässer.

Am Gesicht sind Exkoriationen infolge des Kratzens, subjektiv Jucken.

Am 8. III. wird wiederum an den dorsalen Flächen der Oberarme, am Gesicht, an den Oberschenkeln Anquellen und Rötung des Infiltrats beobachtet. An den Biegungsflächen der Oberarme und Oberschenkel erscheinen neue Elemente von der Größe eines Linsenkorns bis zu 1 cm im Durchmesser, von rosiger Farbe, pastöser Konsistenz, die sich etwas über das allgemeine Niveau der Haut erheben. Im allgemeinen muß bemerkt werden, daß gleichzeitig mit allmählichem Welken und Resorbieren der Elemente unbedeutende Aufloderungen im Sinne des Erscheinens neuer Elemente in geringer Anzahl und je weiter desto seltener verlaufen.

10. III. fünfte Seance Autohämotherapie, 15 ccm; nach der mit jedem Tage eine weitere Resorption des gebliebenen Ausschlages beobachtet wurde: das Infiltrat wurde allmählich geringer, seine Farbe zyanotisch, stellenweise bräunlich.

17. III. Am Gesicht und an den dorsalen Flächen der oberen und unteren Extremitäten ist das Infiltrat völlig resorbiert, nur pigmentierte bräunliche Flecke sind nachweisbar. An den Biegungsflächen der Oberarme hält das Infiltrat an, seine Farbe ist rosarot.

18. III. sechste Seance Autohämotherapie (18 ccm Blut).

Digitized by Google

19. III. Das an den Oberarmen nachgebliebene Infiltrat resorbiert sich, am Rücken sind neue Elemente erschienen, in Form von runden Papeln, von der Größe eines Hirsekorns bis auf ein Linsenkorn, rosaroter Farbe.

22. III. siebente Seance Autohämotherapie (20 ccm).

25. III. Die alten Elemente sind alle resorbiert; die vor kurzem erschienenen meistenteils auch, einige sind noch zu bemerken, aber ihre Farbe ist bräunlich.

28. III. Alle Elemente des Ausschlages sind vollkommen resorbiert, hier und da sind kaum merkliche zyanotische Flecken nachgeblieben.

29. III. Die Kranke ist aus der Klinik gesund entlassen.

Aus der I. Mediz. Klinik der Weißruss. Staatsuniversität in Minsk
(Direktor: Prof. S. M. Melkich)

Ein Fall von kombinierter Erkrankung an Impetigo contagiosa und Glomerulonephritis acuta bei einem Erwachsenen[1])

Von

Dr. S. P. Solomin, ehem. ord. Arzt der Klinik

Die Seltenheit einer Kombination von Impetigo contagiosa und akuter Glomerulonephritis veranlaßt mich, einen derartigen von mir beobachteten Fall zu veröffentlichen. Derselbe bietet um so mehr Interesse, als es sich um einen erwachsenen Patienten handelt, während die diesbezüglichen in der Literatur beschriebenen Fälle sich fast ausschließlich auf Kinder beziehen.

Pat. K. K., 40 Jahre, verheir., Veterinärarzt. Aufgenommen in die Klinik am 4. XI. 1924.

Anamnese. Fühlt sich seit 7 Tagen krank. Zuerst traten Appetitmangel, Verstopfung und Aufgetriebenheit des Leibes, besonders nach dem Essen, auf; auch die Zunge war belegt. Abführmittel erzielten keine Besserung. Danach stellten sich leichte Atemnot und Kopfschmerzen ein. Am 3. Krankheitstag: Gesichtsschwellung, die bloß 2 Tage anhielt, ferner leichte Schwellung der Unterextremitäten, Schmerzen in der Lendengegend und Verringerung der abgesonderten Harnmenge. Bereits einige Tage vor der betreffenden Erkrankung bemerkte Pat. das Auftreten eines Ausschlages an verschiedenen Körperstellen, besonders den Extremitäten, in Form von Bläschen verschiedener Größe. Dieser Ausschlag tritt bei Pat. schubweise auf.

Status (bei der Aufnahme):

Klares Bewußtsein, auch sonst keine psychischen Alterationen; allgemeine Schwäche, mäßiger Ernährungszustand, Temperatur 37,2—37,6. Die Körperbesichtigung ergibt folgendes: An den Unterextremitäten, besonders der rechten, leichtes Ödem, an den Ober- und Unterextremitäten ein Ausschlag in Form von linsen- bis zehnpfennigstückgroßen Bläschen. Der Inhalt derselben ist mal serös, mal eitrig; an einigen Stellen des Ausschlages konstatiert man flache gelbe Borken.

Atmungsorgane: Respiration 24 in der Minute. Husten. Perkutorische Grenzen und Beweglichkeit der Lungen normal. Keine perkutorischen Dämpfungen. Vesikuläre Atmung. In der unteren Partie der rechten Lunge hinten feuchte, klanglose Rasselgeräusche; in der linken Axillargegend vereinzelte trockene Rasselgeräusche.

Zirkulationsorgane: Puls regulär, gespannt, 64 Schläge in der Minute. Relative Herzdämpfung: links 11,5 cm, rechts 3,5 cm; absolute Dämpfung 5 cm. Erster Ton über der Herzspitze unrein, zweiter Ton über der Aorta akzentuiert. Blutbefund normal. Seitens des lymphatischen Systems keine Abweichung von der Norm. Blutdruck 165.

---

[1]) Vortrag, gehalten am 10. I. 1926 im Minsker Wissenschaftlichen Ärzteverein.

Digitized by Google

Verdauungsorgane: Trockene, belegte Zunge. Keine dyspeptischen Erscheinungen. Flüssiger Stuhl 2—3mal täglich. Mund- und Rachenhöhle o. B. Abdomen gleichmäßig aufgebläht; geringe Aszites.

Leber und Milz normal.

Harnbefund: Tagesquantum 650 ccm; Farbe rötlichgelb, Reaktion sauer, spezifisches Gewicht 1,021; Eiweiß 0,4 pro mille. Mikroskopisch Erythrozyten und Leukozyten in reichlicher Anzahl. Sowohl die Verdünnungs- als Konzentrationsprobe ergaben befriedigende Resultate. So zeigte z. B. die Konzentrationsprobe ein spezifisches Gewicht bis zu 1.030.

Das geringe Ödem an den Unterextremitäten, die verringerte Harnabsonderung, die relativ geringe Eiweißmenge und das reichliche Vorhandensein von Blutzellen im Harn, die akute Hypertrophie des linken Ventrikels und die akute Steigerung des Blutdruckes ergaben einen Symptomenkomplex, der die Diagnose „akute diffuse Glomerulonephritis" rechtfertigte. Die diagnostische Bewertung der Hauterkrankung im Sinne einer Impetigo contagiosa wurde vom Spezialarzt für Hautkrankheiten (Dr. S. Rosenthal) bestätigt.

Pat. verblieb in der Klinik 3 Wochen. Therapie: Bettruhe, Milchdiät, Salizylsalbe gegen den Ausschlag.

In wesentlich gebessertem Zustande entlassen: Ödeme und Aszites geschwunden; Harn klar, Albumen 0,1 ‰, mikroskopisch 1—2 Erythrozyten im Gesichtsfeld; Blutdruck 140; Ausschlag abgeheilt, fast verschwunden.

3 Wochen nach Entlassung des Pat. hatte ich Gelegenheit, denselben zu untersuchen. Sein Allgemeinbefinden erwies sich als ausgezeichnet; im Harn waren nur kaum merkliche Eiweißspuren nachweisbar, Herzgrenzen und Blutdruck normal.

Auf die Literatur der vorliegenden kombinierten Erkrankung sei hier nicht näher eingegangen, doch erlaube ich mir auf die diesbezügliche, neuerdings erschienene eingehende Arbeit von Husler (s. Literaturverzeichnis) hinzuweisen. U. a. geht aus dieser Arbeit hervor, daß selbst schwere Nephritiden bei antiparasitärer Hautbehandlung zurückgehen, wie das bei unserem Pat. der Fall war.

In kasuistischer Beziehung verdient der hier beschriebene Fall auch insofern Interesse, als er einen Landveterinärarzt betrifft, der möglicherweise durch den Kontakt mit schlecht gepflegtem Vieh sich die Hautaffektion zugezogen hat.

Literatur

Birk, Kinderkrankheiten, Bd. 2 (in russ. Übers.). — Filatow, Klinische Vorlesungen. 1899 (russ.). — Husler, Zur Frage der Impetigo nephritis. Kl. W., 1922, Nr. 37. — Joseph, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1894. — Strümpell, Lehrbuch der inneren Krankheiten, Bd. 2. — Volhard und Fahr, Die Brightsche Nierenkrankheit.

Aus der dermatologischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg zu Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. Hans Ritter)

Die Eignung der von Grütz angegebenen Nährböden zur Bestimmung und Weiterzüchtung der Dermatophyten

Von

Dr. C. L. Karrenberg

Es hat nicht an Versuchen gefehlt, die von Sabouraud angegebenen Pilznährböden durch gleichwertige zu ersetzen; hierbei interessierte weniger das Milieu de conservation, das ja doch lediglich ein der bequemen Weiterzüchtung dienendes Nährmedium darstellt, als das Milieu d'épreuve, das der Artbestimmung dient und einzig und allein die charakteristischen

Digitized by Google

Merkmale der Kulturen hervortreten läßt, auf die sich letzten Endes die ganze Sabouraudsche Systematik aufbaut. In erster Linie waren es Schwierigkeiten in der Beschaffung der französischen Originalpräparate, die Veranlassung zu derartigen Versuchen gaben. So wollten Weidman und Millan deswegen das französische Pepton und die Maltose brute durch amerikanische Substrate ersetzen, kamen aber zu dem Ergebnis, daß einige Arten zu ihrer Bestimmung unbedingt auf Original Milieu d'épreuve gezüchtet werden mußten; 10 verschiedene Arten amerikanischer Maltose erwiesen sich als mehr oder weniger unbrauchbar und mehrere Sorten Pepton waren ebensowenig zu verwenden, trotzdem sie durch alle möglichen Eingriffe, wie Austitrierung auf den Säuregrad des Peptons granulée, letzterem möglichst ähnlich gemacht wurden. Deshalb fordern die beiden Forscher die Verwendung von chemisch reinen Substraten zur Herstellung von Pilznährböden, verlangen aber logischerweise im Anschluß daran, daß die gesamte Pilzforschung und Morphologie einer Revision unterzogen werde. In Deutschland ist nach dem Kriege ebenfalls wegen der schwierigen Beschaffung neben Bierwürze chemisch gereinigte Maltose oder eine andere Zuckerart verwandt worden; Hammerschmidt ist der Ansicht, daß man mit Merckscher Maltose und Traubenzucker sehr gut auskomme, ja, daß sie vollommen genügten.

Wir haben an einem Material von 200 verschiedenen Dermatophytenkulturen vergleichende Untersuchungen zu dieser Fragestellung gemacht; bei konstantem Peptongehalt wurden einerseits chemisch gereinigte Zuckerarten, andererseits Rohmaltose verschiedenster Herkunft verwandt. Nun gibt es ja Arten, die letzten Endes auf jedem Nährboden mehr oder weniger gut und charakteristisch wachsen, wie z. B. das Achorion Schoenleinii; aber selbst bei ihnen traten die Unterschiede bezüglich der Wachstumsbeeinflussung deutlich hervor: langsames Fortschreiten und schlechte Ausbildung der Kultur bei der Verwendung von chemisch gereinigtem Zucker gegenüber den Rohprodukten. Colcott und Blaxall sind wohl die Ersten gewesen, die nachdrücklich auf diese Tatsache hingewiesen hatten (1897). Ganz abgesehen soll werden von den schwierigeren Arten, bei denen schon eine geringe Modifikation des Milieu d'épreuve Atypie des Wachstums hervorruft.

Bodin hatte seinerzeit Sabouraud den Vorwurf gemacht, daß er unreine Substrate verwende. Sowohl die Rohmaltose als auch das Pepton stellen Körper dar, die eine genauere Analyse unmöglich machen; mehr oder weniger unbekannte Eiweiß-, Fett-, Säure- und Kohlenhydratarten sowie Mineralsalze sind in undefinierbarer Weise vereinigt. Sabouraud ist in der Entgegnung zu den Ausführungen von Bodin der Ansicht, daß durch den Reinigungsprozeß der Zuckerarten ihr Nährwert für die Pilze herabgesetzt werde, wohl durch Zerstörung dieser Kombinationen; außerdem bemerkt er, daß auch die Verwendung reiner Zucker wohl deshalb auf Schwierigkeiten stoßen werde, weil man nicht wisse, welche „reinen" Arten man nun nehmen solle, da ein und dieselbe Fabrik, wie z. B. Merck-Darmstadt, mehrere reine Arten herstelle, die scheinbar nur im Preise differieren. Warum allerdings die Rohmaltose besseres und charakteristischeres Wachstum der Pilze hervorruft, vermag auch Sabouraud nicht zu erklären, und diese Tatsache ist bis heute mehr oder

Digitized by Google

weniger ungeklärt, es sei denn, daß man die Grützsche Ansicht von dem Wert der unbekannten Stoffe und Verbindungen anerkennt. Daß hierin ein großer Mangel liegt, ist wohl ohne weiteres klar, aber es soll nicht verkannt werden, daß wir in der Bakteriologie gleiche Verhältnisse vorfinden: komplizierte, inkonstant zusammengesetzte Medien, die einen genaueren Einblick in die Ernährungsbedürfnisse der Bakterien unmöglich bzw. sehr schwer machen.

Somit ist ein Nachahmungsversuch der Sabouraudschen Nährböden zu reiner Empirie verurteilt, es sei denn, daß aus vollständig unzureichenden ungefähren Rohanalysen der französischen Substrate ein ungefährer Anhaltspunkt gewonnen werde. So hat Sabouraud jüngst selbst angegeben, daß man die Maltose brute sehr gut ersetzen könne durch den überall erhältlichen und in seiner Zusammensetzung wohl einigermaßen konstanten Bienenhonig; soweit wir die Literatur übersehen können, steht eine Äußerung und Nachprüfung dieses Vorschlages noch aus. Voraussichtlich wird es ihm aber genau so ergehen, wie dem von älteren Autoren gemachten Vorschlag der Verwendung der Kartoffel als Universalnährboden, die auch eine konstante Zusammensetzung allerorts haben soll, aber heute wohl nur noch zur Prüfung der Farbstoffbildung usw. herangezogen wird.

Grütz ist es nun in systematischen und zielbewußten großen Versuchsreihen gelungen, eine ebenbürtige Komposition deutscher Nährmedien zu finden, die geeignet sein dürfte, die Sabouraudschen Substrate zu ersetzen und — nach unseren ziemlich großen Erfahrungen zweifeln wir keineswegs daran — ihre Verwendung vollkommen überflüssig zu machen. Er legte von Anfang an Wert auf die Wirkung der oben erwähnten, unbekannten Nährstoffe in den Rohpräparaten; eine Kombination des „Nervina-Malzes" mit dem Pepton Knoll für bakteriologische Zwecke in einem bestimmten Prozentsatz ergab ihm die besten Resultate und führte zur Aufstellung des „Deutschen Pilzbestimmungsagars", für den wir den Namen „Testagar" vorschlagen möchten. Grütz hat in seiner Arbeit seinerzeit die Zubereitung seiner Medien genauestens angegeben, so daß sich ein weiteres Eingehen hierauf an dieser Stelle wohl erübrigt.

Mit diesen neuen Medien haben wir ausgedehnte Versuche angestellt. Zur Verwendung kamen Stämme unserer etwa 250 verschiedene Kulturen umfassenden Sammlung, auch Erreger tropischer Hautkrankheiten. Im ganzen wurden gegen 3000 Überimpfungen im Laufe eines Jahres ausgeführt. Allergrößten Wert legten wir darauf, den Agar so wenig oft wie möglich zu sterilisieren und wir arbeiten bei seiner Herstellung deshalb von Anfang an so sauber wie eben möglich. Es ist ja bekannt, daß wiederholte Sterilisation, vor allem bei sehr hohen Hitzegraden, den Zucker verändert, so daß man sich über abweichende Resultate nicht zu wundern braucht, wenn man der Sache auf den Grund geht.

Wenn Engelhardt und Hartmann in kurzen Bemerkungen im Rahmen anderer Themata schon die Eignung der deutschen Medien bestätigen konnten, so können wir diese Ausführungen nur voll und ganz unterstreichen. Sämtliche von Grütz in seiner Arbeit erwähnten Arten wurden auch von uns zunächst auf dem Testagar geprüft. Die typischen Artmerkmale traten in Vergleichsreihen auf dem Testagar bedeutend

Digitized by Google

früher hervor wie auf dem Milieu d'épreuve; das Höhenwachstum bei den entsprechenden Kulturen war bedeutend intensiver, charakteristischer, ebenso das Tiefenwachstum einiger in diese Rubrik fallender Spezies (Achorien). Die ganze Wachstumsenergie erschien von Anfang an bedeutend gesteigert, ohne vorzeitigem Pleomorphismus gleichbedeutend zu sein; so konnten wir z. B. auf Sabouraud-Kolben mit Hilfe des Testagars viel größere Riesenkolonien erreichen wie mit Hilfe des Milieu d'épreuve. Weiterhin ist es vor allem ein Faktor, den auch schon Grütz hervorgehoben hat, wo sich deutlich der eminente Unterschied des Testagars gegenüber dem Milieu d'épreuve bemerkbar macht: die Farbstoffbildung. Wir hatten jüngst wieder Gelegenheit, dies zu beobachten bei einem Mikrosporon japonicum, das uns von Ota selbst zugeschickt worden war: auf Milieu d'épreuve keinerlei Farbstoffbildung, die Kultur im ganzen einigermaßen atypisch, mehr der eines Trychophyton glabrum nahekommend, auf Testagar dagegen wunderbare rotbraune Farbstoffbildung. Gleiche Unterschiede beobachteten wir kürzlich bei je einem Trichophyton vinosum und rosaceum in der Erstlingskultur, wo es uns nach bereits relativ kurzer Zeit möglich war, eine Diagnose zu stellen, während auf Milieu d'épreuve viel längere Zeit bis zu diesem Termin verstrich.

Wenn wir somit ein Gesamturteil über den Grützschen Testagar fällen wollen, so kann es nur dahingehen, daß dieses Medium dem Original Milieu d'épreuve nicht nur gleichwertig, sondern entschieden überlegen ist; auf ihm kommen die typischen Artmerkmale früher und besser hervor.

Der Grützsche Maltose-Glyzerin-Pepton-Agar (M.G.P.A.) hat unsere Erwartungen, mit denen wir an seine Verwendung herangingen, ebenso um ein bedeutendes übertroffen. Einer derjenigen Faktoren, die einer allgemeineren Einführung der Pilzzüchtung überhaupt hindernd im Wege standen, war zweifellos die Schwierigkeit der 1. Züchtung, und wir lesen ja immer wieder in neueren Arbeiten, selbst von berufener Seite, daß eine Züchtung mißlungen ist. Wenn nun auch der M.G.P.A. kein Medium darstellt, das in jedem Falle eine Züchtung garantiert und die bei Anlegung einer Kultur zu beobachtenden Kautelen ohne weiteres überflüssig macht, so ist es doch möglich, mittels seiner Hilfe die Zahl der mißratenen Kulturen auf ein Minimum herabzudrücken. Wir haben es bei 90 Fällen von Dermatomykosen, die wir im Laufe eines knappen Jahres beobachten konnten, nie erlebt, daß eine Kultur nicht anging; dabei fanden sich alle Formen unter diesen 90 Fällen, also auch Nagel- und tiefe Trichophytien. Bei einigen von diesen 90 Fällen, wo der mikroskopische Nachweis trotz serienweiser Präparate, trotz Verwendung verschiedener Verfahren nicht gelingen wollte (Kalilauge, Hammerschmidt), war die Kultur positiv, auch bei wiederholter Abimpfung; sehr oft war der M.G.P.A. der einzigste Nährboden, auf dem etwas anging. Wie wir in einer demnächst an anderem Orte erscheinenden Übersicht über die Geschichte und den heutigen Stand der Primärkultur der Dermatophyten auseinanderlegen werden, benutzen wir außer dem M.G.P.A. noch gewöhnlich 2%igen Traubenzuckeragar und flüssige Medien; außerdem bebrüten wir von Anfang an bei 37° und lassen die Kulturen außerdem noch bei Zimmertemperatur stehen.

Digitized by Google

Das Glyzerin erfreut sich ja aus unbekannten Gründen einer besonderen Beliebtheit gerade zur Primärkultur, obgleich die Urteile betreffs seiner Verwendung zur Pilzzüchtung weit auseinandergehen: Bodin nimmt von seiner Verwendung Abstand, Sabouraud verwandte es zunächst, gab aber schon gleich an, daß ihm nur ein geringer Nährwert zukomme; später verzichtete er aus diesem Grunde auf seine Verwendung. Verujsky nahm an, daß der Glyzerinzusatz bei gleichzeitiger Anwesenheit von Zucker die Assimilationsfähigkeit des letzteren erhöhe, eine Feststellung, die Blumenthal und v. Mallinckroth-Haupt nicht machen konnten. Wir glauben immerhin auf Grund eigener Versuche mit kombinierten Glyzerin-Zuckernährböden vor allem zur Primärkultur, daß dem Glyzerin eine wesentlich wachstumsbeschleunigende und begünstigende Einwirkung zukommt, ohne jedoch strikte Beweise chemischer Art dafür beibringen zu können. Allein für sich stellt das Glyzerin im allgemeinen einen sehr schlechten Nährboden für die Dermatophyten dar, wie wir wiederholt feststellen konnten.

So hat uns der M.G.P.A. speziell bei der Primärkultur sehr gute Dienste geleistet, jedenfalls bessere, wie der Traubenzucker-Glyzerin-Pepton-Agar; wir hatten entschieden den Eindruck, als ob sich die Beifügung von Glyzerin zum Traubenzucker weniger empfehlen würde, daß vielmehr der gewöhnliche, in bakteriologischen Laboratorien gebräuchliche Fleischwasser-2%-Traubenzucker-Agar vorzuziehen sei. Weiterhin dient uns der M.G.P.A. noch als Medium par excellence zur Weiterzüchtung unserer Hefen. Auf ihm erhält man, vor allem bei den sektoren- und farbstoffbildenden Arten ganz prachtvolle Kulturen und gerade hier hat man bei Vergleichen mit anderen Nährmedien, so z. B. mit Bierwürzeagar und Gelatine, den unmittelbaren Eindruck der Elektivität dieses Mediums für die Hefearten. Endlich benutzen wir den M.G.P.A. als eine Art „Regenerationsnährboden" für Pilzstämme, die uns in bezug auf ihre Wachstumsintensität oder ihre Farbssoffbildung etwas geschwächt erscheinen. Man ist oft erstaunt, wie sehr die Lebensenergie plötzlich nach Verimpfung eines entsprechenden Stammes auf M.G.P.A. wächst, vor allem, wenn man einigermaßen frischen, d. h. noch feuchten Agar verwendet.

Den Peptonagar Grütz verwandten wir, seiner Bestimmung entsprechend, zur Weiterzüchtung der Kulturen. Allerdings verfahren wir so, daß wir für jeden Stamm in längeren Versuchsreihen den ihm am meisten zusagenden Nährboden ermitteln und dann konstant auf diesem Nährmedium weiterzüchten. Zwischendurch bringen wir die Kultur nach etlichen Passagen auf ihrem „Elektivnährboden" immer einmal auf den Peptonagar. Für stickstoffliebende Arten, z. B. die Achoriengruppe, wenden wir ausschließlich den Peptonagar an.

Das Nervinawasser haben wir weniger benutzt. Die Verwendung von flüssigen Medien zur Züchtung von Pilzen erfreut sich ja keiner besonderen Beliebtheit; wir haben in unserem Laboratorium gerade zur Primärkultur in ausgiebigstem Maße flüssige Medien herangezogen und es dabei oft erlebt, daß wir nur auf ihnen Pilze bekamen, während auf den festen Medien die Pilze von Begleitbakterien überwuchert wurden. Diese letztgenannten setzten sich bei weiterer Entwicklung der Kultur

Digitized by Google

zu Boden, während die Pilzkultur an der Oberfläche der Flüssigkeit, halb noch in dieselbe getaucht, weiter wächst und von hier aus leicht übertragen werden kann. Bei diesem Verfahren bedienten wir uns in erster Linie der 2%igen Traubenzucker-Fleischwasser-Pepton-Bouillon, die auch in den bakteriologischen Laboratorien vorrätig gehalten wird; sie erschien uns dem Nervinawasser gegenüber überlegen. Zu morphologisch mikroskopischen Untersuchungen benutzten wir Peptonmalzwasser nach der Originalvorschrift von SABOURAUD aus naheliegenden Gründen, da gerade bei derartigen Untersuchungen die Zusammensetzung des Mediums von weitester Bedeutung ist und wir uns noch immer nach den Beschreibungen von SABOURAUD in seinen „Teignes" zu richten haben. Weitere morphologische Untersuchungen werden erweisen müssen, ob das Nervinawasser auch hier gleichwertig ist.

Zusammenfassend können wir also sagen, daß auf Grund ausgedehntester Untersuchungen sich die von GRÜTZ angegebenen Nährböden zur Züchtung und Identifizierung der Pilze äußerst gut eignen, daß sie sogar die SABOURAUDschen Originalnährböden um ein bedeutendes übertreffen. Für uns Deutsche ist damit die erfreuliche Tatsache gegeben, daß unsere Präparate sich den französischen als ebenbürtig erwiesen haben, oder man kann wohl sagen, nur halbfranzösischen, denn es ist allmählich offenes Geheimnis, daß die Maltose brute in Deutschland fabriziert wird und auf dem Umweg über Frankreich zu uns kommt. Die GRÜTZschen Medien gestatten ob ihrer ebenso komplizierten Zusammensetzung keinerlei Feststellungen über den „Verwendungsstoffwechsel" (BRAUN) der Pilze; diese Untersuchungen müssen, wie SABOURAUD schon angegeben und BLUMENTHAL und Mitarbeiterin angebahnt haben, an chemisch genau identifizierten Nährmedien vorgenommen werden.

Literatur

BLUMENTHAL und V. MALLINCKROTH-HAUPT, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 144, S. 458. — BODIN, Les champignons parasites de l'homme. 1. Band: Collection Léauté, 1902. — BRAUN, Krankheitsforschung, 1926, Bd. 1, H. 3. — COLCOTT und BLAXALL, Brit. m. J., Bd. 11, S. 867 und Brit. J. of Derm., Bd. 8, Nr. 93. — ENGELHARDT, Derm. W., 1924, Bd. 79, Nr. 43. — GRÜTZ, Derm. W., 1923, Bd. 76, S. 568. — HARTMANN, Derm. W., 1926, Bd. 82, Nr. 17. — HAMMERSCHMIDT, Arch. f. Hyg., 1921, Bd. 90, H. 1/2. — SABOURAUD, Les Teignes, Paris, Masson, 1910. — VERUJSKY, Annales de l'institut Pasteur, 1887. — WEIDMAN und MILLAN, Arch. of Derm. and Syph., 1921, Bd. 4, Nr. 4.

Salbenbereitung

Von

Apotheker C. H. WELCKER in Karlsruhe

Die Fabrikation der Salbengrundlagen, wie Adeps Lanae und Vasel. alba und flava, welche neben vielen anderen guten Präparaten wohl besonders zur Verarbeitung mit Arzneikörpern in den Apotheken Verwendung fanden, hatte durch den Krieg eine unliebsame Störung erlitten. Doch besitzen wir jetzt wieder eine tadellose Pasta zinci c. u. s. Acid. salicyl., ein ebenso tadelloses Ungt. ciner., welche in bezug auf feinste Verteilung von Zn-Acid. sal. und Hg mikroskopisch geprüft werden. Einer gleichen Prüfung sind die Ungt. concentrata unterworfen, welche zumeist im Verhältnis von 1 Medikament + 9 Salbengrundlage, zur weiteren Verarbeitung in den Apotheken, von vielen Spezialfabriken hergestellt werden.

Digitized by Google

Ich komme nun auf die Bereitung der Salben in den Apotheken zu sprechen. Zunächst im Laboratorium der Apotheken. Es ist für den Apotheker keine so einfache Sache und es erfordert viel Zeit und Umsicht des Defektars, ein einwandfreies Präparat in größeren Mengen herzustellen. Ich habe hier besonders Salben mit ZnO, Zinc. sulf., Resorcin, den verschiedenen S.-Präparaten u. a. Chemikalien im Auge. Auch diese Arbeit wird durch die schon erwähnten Ungt. concentrata sehr erleichtert.

Die Bereitung kleiner Salbenmengen in der Offizin nach besonderer ärztlicher Verordnung findet leider nicht immer das Verständnis des betreffenden Arbeiters. Es ist ein großer Unterschied zwischen einer Salbe, die mit einem Heilkörper hergestellt ist, der, in Wasser, Öl, Spiritus löslich, gelöst mit der Salbengrundlage verarbeitet wird, und einer solchen, in welcher das Medikament, wenn auch noch so fein, nur mit der verordneten Grundlage verrieben ist! Schon dem Aussehen nach resultieren hier oft ganz verschiedene Salben und geben dann leicht zu Bemängelungen Veranlassung, wenn sie in verschiedenen Apotheken nach verschiedener Methode hergestellt sind. Z. B. eine Salbe mit Acid. tannic., in der diese gelöst oder nur verrieben enthalten ist, hat ein total verschiedenes Aussehen und Wirkung. Leider besteht in manchen Apotheken der Gebrauch, flüssige Heilkörper, wie Bals. peruv., Tumenol-Ammon. u. a., auch die konzentrierten Verreibungen, im Salbentöpfchen selbst mit der Salbengrundlage zu mischen. Auf diese Weise kann niemals eine gleichmäßige Salbe hergestellt werden.

Ganz besonders möchte ich auf die Herstellung der Augensalben hinweisen. Hier kann nicht exakt genug gearbeitet werden!

Wenn die Ärzte ihre diesbezüglichen Wünsche den Apothekern unterbreiten würden, bliebe mancher Ärger erspart.

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Königsberg

Über Kalkablagerungen in der Haut

Bemerkung zu der gleichnamigen Abhandlung von Dr. W. Schütze in Nr. 2 dieser Wochenschrift

Von

Prof. W. Scholtz in Königsberg i. Pr.

Schütze ist es entgangen, daß ich in der ersten Sitzung der Nordostdeutschen Dermatologischen Vereinigung am 15. I. 1923 (Arch. f. Derm., Bd. 115, S. 853) einen ganz gleichartigen Fall beschrieben und die Röntgenphotographie dafür wiedergegeben habe. Da wir jüngst einen zweiten, recht interessanten Fall von Kalkablagerungen in der Haut beobachtet haben, will ich auf diese beiden Fälle ganz kurz eingehen.

Bei der im Jahre 1913 beobachteten 18jähr. Patientin handelt es sich ganz wie bei Schütze um Ablagerungen ausschließlich in dem Gewebe der Finger, vorzugsweise an den Endgliedern derselben. Eigenartig war in dem Falle, daß die Patientin ähnlich wie zwei Kranke von Umber mit angioneurotischen Zuständen an den Händen (B. kl. W., 1921, S. 909) ausgesprochene Anfälle von Synkope hatte, ohne daß sonstige Veränderungen im Sinne eines Raynaud oder einer Sklerodermie vorhanden waren. Ferner wies die Patientin an der Haut der Hände viele kleine Teleangiektasien auf und wir nahmen an, daß dieser abnorme Zustand der Gefäße (außergewöhnlich starke Reaktion auf Kälte und leichte Dehnbarkeit) die Kalkablagerung begünstigt haben dürfte. Die Ablagerung der Kalkkonkremente begann dabei nach dem histologischen Bilde ohne alle Entzündungserscheinungen und erst nach Größerwerden der Knoten und wohl durch den damit verbundenen Druck auf das Gewebe kamen Entzündungserscheinungen und Hautatrophie über den Knötchen hinzu, die schließlich zur Ausstoßung der Massen führten. Der Kalkstoffwechsel zeigte keine abnormen Veränderungen.

Bei dem jüngst von uns beobachteten Kranken handelt es sich um große plattenförmige Kalkablagerungen in dem Gewebe der Ohren, so daß man auf den Gedanken kommen konnte, daß nur eine abnorm starke Verknorpelung im Ohr vorläge. Die Ausstoßung kalkartiger Konkremente an einigen Stellen des Ohrrandes und die starke

Digitized by Google

Schattenbildung an den betreffenden Stellen im Röntgenbilde sicherte aber ohne weiteres die Diagnose „Kalkablagerung", die durch die chemische Untersuchung dann völlig gesichert wurde und in diesem Falle das Vorhandensein von phosphorsaurem Kalk ergab. Auch in diesem Falle zeigte der Kalkstoffwechsel nach einwöchiger kalkarmer Ernährung keine abnormen Werte. (Kalziumgehalt bei gewöhnlicher Ernährung 11,2 nach kalkarmer Ernährung 10,8 mg-%). Beide Kranken geben an, im Winter häufig an Frostbeulen an den Fingern bzw. Frost an den Ohren gelitten zu haben; diese Angaben und die Lokalisation sprechen dafür, daß ähnlich wie die oben erwähnten angioneurotischen Zustände auch Schädigungen des Gewebes und seiner Gefäße durch Kälteeinwirkungen ein wesentliches Moment für die Kalkablagerung bilden dürften. Wieweit noch andere konstitutionelle Momente eine Rolle spielen, muß dahingestellt bleiben, um Erscheinungen einer einfachen „Kalkgicht" im Sinne einer Überladung des Blutes mit Kalksalzen handelt es sich aber offenbar nicht.

Aus der dermatol. Klinik des Allg. Krankenhauses St. Georg in Hamburg
(Vorstand: Prof. Dr. Hans Ritter)

Beitrag zur Frage der Abnahme der Geschlechtskrankheiten

Von

Dr. Hans Westphalen, Sekundärarzt

Bei Betrachtungen über Zu- oder Abnahme der Geschlechtskrankheiten pflegt man im allgemeinen sein Augenmerk auf die Zahl der Lueskranken und auf die Zahl der an Gonorrhoe Erkrankten zu richten und vernachlässigt fast völlig das Ulcus molle und seine Komplikationen.

Und gerade eine Zusammenstellung der Zahlen der in den einzelnen Jahren an Ulcus molle Erkrankten, wie wir sie hier geben, ist aus verschiedenen Gründen besonders lehrreich und eindeutiger als Zusammenstellungen über Lues oder Gonorrhoe. Das kommt daher, daß die durch den Streptobazillus hervorgerufene Erkrankung von uns wohl am besten therapeutisch beherrscht wird, so daß jeder aus dem Krankenhaus entlassene Fall als völlig geheilt zu betrachten ist, im Gegensatz zu der Lues und mehr noch der Gonorrhoe.

Gonorrhoiker, besonders aber Luetiker sehen wir jahrelang, mit Intervallen natürlich, in ärztlicher Behandlung.

Es würden in einer entsprechenden Statistik also nicht die Zahl der Erkrankungen, der Infektionen sichtbar werden, sondern die Zahl der einzelnen Behandlungen anzuführen sein. Bei der Lues wäre dann das statistische Bild noch kompliziert durch die Lues congenita, die tertiäre Lues und die verschiedenen Formen von Metalues.

Bei einer Ulcus-molle-Statistik haben wir tatsächlich (mit zu vernachlässigenden Ausnahmen) die Zahl der Infektionen.

Ich lasse nun die Aufstellung folgen:

Jahr	Zahl der Ulcus-molle-Erkrankungen	
	männlich	weiblich
1912	783	30
1913	774	21
1919	683	24
1920	823	23
1921	411	5
1922	348	2
1923	299	9
1924	174	5
1925	85	3
1926	47	2 bis 15. XI. 26
Summe:	4427	124

Digitized by Google

Was sagen uns diese Zahlen?

Zunächst, daß in den letzten 2 Jahren vor dem Weltkrieg, 1912 und 1913, die Zahl der Erkrankungen größer ist als im Jahre 1919, daß dann im Jahre 1920 ein Höhepunkt liegt, der über die Friedensziffer hinausgeht, daß von da ab aber ein ständiger starker Rückgang zu verzeichnen ist bis zu ganz verschwindend kleinen Zahlen.

Was dürfen wir daraus schließen?

Die gegen die Friedenszeit günstige Zahl des Jahres 1919 erklärt sich wohl sicher als Wirkung der weitgehenden Untersuchungen und Kontrolle der Männer im Heeresdienst bis Ende 1918. Dann kommt der große Anstieg 1920, sicher schon in der zweiten Hälfte 1919 beginnend. Er fällt in die ersten Jahre der Revolution mit all ihrem Durcheinander, mit der Gleichgültigkeit des einzelnen gegen die Allgemeinheit, in die Jahre krankhaften Taumelns und hemmungsloser Begierde nach jedem Genuß.

Von da an sehen wir dann mit jedem Jahre erhebliche Besserung, die zu einer Erkrankungsziffer führt, die gegen die der ersten Jahre ungeheuer gering ist. Wir sehen in diesem erfreulichen Abfallen wohl mit Sicherheit keine Veränderung des epidemiologischen Charakters des Ulcus molle, wie man es teilweise von der Lues annimmt und doch so schwer beweisen kann. Die Eigenart der Streptobazillenaffektion als rein örtliche, an den Platz des Ulkus gebundene Erkrankung, die keine Immunität hinterläßt, spricht dagegen. Wir sind berechtigt, in diesem steten Abfall das Ergebnis ärztlicher Tätigkeit zu sehen.

Unter ärztlicher Tätigkeit soll hier nicht nur verstanden sein das Erkennen und das Behandeln der Erkrankung, sondern vor allem auch das Vermitteln ärztlicher Kenntnisse und Erkenntnisse an weite Volkskreise, eine Aufklärungsarbeit also, die zum Ergebnis hat, daß heute bereits in ganz anderem Maße als früher der einzelne rechtzeitig den Arzt aufsucht, somit rechtzeitig in Behandlung kommt und als Infektionsquelle ausgeschaltet wird.

Einen in den Hauptzügen gleichen Verlauf wie für die Männer zeigt diese Aufstellung für die Frauen. Auch hier die Zahlen nach dem Kriege annähernd dieselben wie vorher. Der ausgesprochene Gipfel 1920 fehlt zwar, was aber bei der verhältnismäßig kleinen Zahl der Fälle auf Zufall beruhen kann. Dann auch hier der stetige Abstieg bis in das Jahr 1926.

Ganz außerordentlich überraschend ist nun zunächst der große Unterschied in der Zahl der erkrankten Männer und Frauen. Zur Erklärung, die nicht so ganz einfach ist, muß man wohl verschiedene Faktoren heranziehen:

Zunächst einmal fällt ja als Quelle für unser Krankenmaterial die Zahl der Prostituierten aus, da die Klinik keine Polizeistation hat. Dann aber, und das ist außerordentlich interessant, scheint die Streptobazilleninfektion der Frau erheblich weniger anzuhaben als dem Manne. Die Ulzera sind bei ihr oft sehr flach und oberflächlich, mit viel größerer Neigung zu spontaner Heilung als beim männlichen Patienten. Sie machen oft so geringe Beschwerden, daß die Frau nichts von ihnen weiß und sie tatsächlich nicht selten als Nebenbefund bei genauer Genitalieninspektion gefunden werden. Das läßt den Schluß zu, daß 1. viele Ulcera mollia bei der Frau gar nicht in ärztliche Behandlung kommen, 2. aber, daß eine Frau nach spontaner Abheilung ihrer Ulcera mollia noch mehr oder weniger lange krank sein und Männer infizieren kann. Es scheinen hier ganz ähnliche Verhältnisse vorzuliegen wie beim phagedänischen Schanker, der ja auch beim Manne häufiger auftritt, und besonders sei auf diesen Vergleich hingewiesen, weil wir hier aus der Zeit vor dem Kriege über eine sehr interessante Beobachtung auf unserer Klinik verfügen: nämlich eine Häufung phagedänischer Schanker, die fast alle in einer bestimmten Bordellstraße in Altona erworben waren. Bei den weiblichen Insassen ist bei den Kontrolluntersuchungen nichts an verdächtigen Ulzera festgestellt worden. Die Annahme der Frau als Bazillenträgerin, anatomisch durchaus verständlich, würde diesen außerordentlich großen Unterschied in der Zahl männlicher und weiblicher Kranker mit den vorgenannten Faktoren zusammen wohl völlig erklären können. Wie und ob diese Annahme zu beweisen ist, müßten Versuche, aber auch ähnliche Statistiken an anderen Orten ergeben.

Aus dieser Zusammenstellung ließe sich noch manches herauslesen und manche Frage von einigem Interesse drängt sich uns auf. Das Wichtigste jedoch, was eindeutig und klar die wenigen Zahlen sagen, ist der Rückgang dieser Geschlechtskrankheit in einem Maße, wie ihn wohl niemand in so kurzen Jahren erwartet hat, und das berechtigt zu der Hoffnung, daß das, was beim Ulcus molle möglich war, auch eines Tages mit denselben Waffen bei der viel schlimmeren Seuche, der Syphilis, zu erreichen sein wird.

Digitized by Google

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

Sitzung vom 11. Januar 1927

1. Buschke demonstriert: a) 22jähr. Frau mit ausgedehnter **Sklerodermie** und Sklerodaktylie. Schilddrüse kaum zu fühlen, Genitalien infantil. Fehlen der freien Salzsäure (Sympathikusschädigung?).

b) 12jähr. Mädchen mit ausgedehntem **Lupus erythematodes** des Gesichts, Herde auf dem behaarten Kopf, symmetrisch auf den Rücken der Finger und dem Außenrand beider Fußsohlen.

c) 64 Jahre alte Frau mit ausgedehnter **Melanose**, die vor 5 Jahren und jetzt seit $^3/_4$ Jahren an ekzematösen Veränderungen im Gesicht, Händen und Vorderarmen litt und mit Salben, Puder und Röntgenstrahlen außerhalb des Krankenhauses behandelt wurde. Bei der Aufnahme bestand auf den Vorderarmen ein schuppendes Ekzem, die Frau ist fast schwarz im Gesicht, an den Händen, Armen und Rumpf. Angeblich soll die Pigmentierung nach der Röntgenbestrahlung aufgetreten sein, damals noch stärker gewesen sein und ist jetzt etwas zurückgegangen. Es wurde an Riehlsche Melanose, Pellagroid gedacht. Vaselin als Ursache kommt nicht in Betracht. Ob durch Röntgenstrahlen eine vorübergehende Schädigung der Nebennieren erzeugt wurde, ist nicht zu erweisen.

Diskussion zu c): Hirsch, der früher die Patientin behandelt hat, betont, daß Röntgenstrahlen als Ursache der Melanose wohl auszuschließen seien, da die Patientin nur mit geringen Dosen im Gesicht und oberen Extremitäten bestrahlt, die Melanose aber auch an Brust und Rücken aufgetreten sei.

Buschke: Mit Sicherheit habe auch er die Röntgenstrahlen als Ursache der Melanose nicht angenommen.

2. Arndt: a) **Pityriasis lichenoides chronica.**

b) **Aleukämische Lymphadenose der Haut.**

c) **Morbus Darier.**

3. H. Freund (Univ.-Hautklinik): **Trophische Störungen bei experimentellem Herpes** (mit Demonstrationen). In gemeinsamen Untersuchungen mit Prof. Heymann wurden im Ablauf der experimentell erzeugten Herpesinfektion des Meerschweinchens eigenartige geschwürige Prozesse in und außerhalb des Bereiches der Impfstelle beobachtet. Die Tiere wurden teils präputial, teils in die Plantae geimpft. 3—4 Wochen nach der Infektion nach Abklingen aller Erscheinungen, auch der motorischen Lähmungserscheinungen, entstanden ekzematöse Prozesse an den Hinterfüßen, vereinzelt auch an den Schenkeln und einmal am Genitale, die sich geschwürig umwandelten und den Fuß in einen unförmigen Stumpf verwandelten. Heilung trat niemals ein. Abstriche von den Geschwüren ergaben keinen charakteristischen bakteriologischen Befund. Dunkelfeld negativ. Übertragung von Geschwürsteilchen in das Peritoneum anderer Meerschweinchen negativ. Übertragung auf die Kaninchenkornea negativ. Histologisch fand sich das Bild eines unspezifischen reparativen Prozesses. In den Hintersträngen des Lendenmarkes der erkrankten Tiere fanden sich — analog den Befunden von Rose und Walthard bei gelähmten Herpestieren — in leichteren Fällen nur vereinzelte Ausfälle der nervösen Bahnen (Lückenfelder) und Gliawucherung. In den Fällen, in welchen es zur Verlust des ganzen Fußes kam, ausgebreitete und konfluierende Lückenfelder. Diese Haut- und Rückenmarksveränderungen wurden nur nach Verimpfung hochgradig neurotroper Herpesstämme beobachtet, welche von Genitalherpesfällen und einem Fingerherpes stammten. Diese „postherpetische Geschwüre" faßt Freund als durch Ausfälle sensibler bzw. trophischer Bahnen bedingt auf.

Diskussion: Heller vermißt eine Mitteilung über das Verhalten der peripheren Nerven und erinnert an seine Versuche aus den Jahren 1895—1896, bei denen er an Kaninchen durch Sublimateinspritzungen das Krankheitsbild der Polyneuritis mercurialis hervorrufen konnte. Einzelne Tiere zeigten ganz ähnliche Nekrosesymptome wie die hier demonstrierten. In einem Ulkus der Ferse konnten schwere Degenerationserscheinungen der zuführenden Nerven mit der Mark-Methode nachgewiesen werden. Da durch Sublimateinspritzungen allerschwerste Neuritis des Ischiadikus hervorgerufen war,

Digitized by Google

so lag es nahe, an trophische Ulzerationen zu denken; doch es tauchte dann die Frage auf, ob nicht durch Sensibilitätsstörungen die Geschwüre erzeugt seien; ähnlich den bekannten Ulzerationen nach Trigeminusdurchschneidung. Es würde sich dann um eine aszendierende Neuritis gehandelt haben. Die Unmöglichkeit, diese Frage zu entscheiden, veranlaßte Heller, diese Versuche aufzugeben.

Buschke fragt, ob der Vortr. eine trophische Störung annimmt oder eine traumatische Schädigung der anästhetischen Extremität (vgl. Keratitis neuroparalytica nach Nervendurchschneidung, bei der zuerst auch eine trophische Störung angenommen wurde, es sich aber wohl doch um eine durch Trauma bedingte Schädigung handelte).

Löhe erinnert an seine Affenversuche, bei denen sich die zuerst als trophische Störungen aufgefaßten Veränderungen als traumatisch bedingt erwiesen.

Schlußwort. Freund: Ob die von Löhe erwähnten Veränderungen bei Affen mit unseren Beobachtungen etwas zu tun haben, hält F. für zweifelhaft; spontanes Auftreten der Geschwüre wurde niemals beobachtet. Ob sensible oder trophische Störungen vorliegen, kann F. auch nicht entscheiden. Daß auch reine trophische Störungen vorkommen, dafür scheint die Tatsache zu sprechen, daß sich auch gelegentlich umschriebener Haarausfall feststellen läßt.

Pinkus demonstriert **Diapositive und plastische Rekonstruktionen des Nagelbettes und des Nagels.** Er zeigt, daß der Raum zwischen Nagelplatte und Epidermis von der Stelle an, wo sie am Beginn des freien Nagelstücks sich voneinander entfernen oder einer lockeren Hornschicht ausgefüllt ist, die der Nagelsohle am tierischen Nagel entspricht. Ihr dorsaler Teil haftet fest an der Nagelplatte an; er bildet auf dem Querschnitt eine Art von Arkaden aus fester Hornsubstanz, also plastische Längsrillen, die unten offen sind. In den Bögen dieser Arkaden resp. Rillen liegen lockere Hornmassen. Diese durch die Arkaden säulenförmig gestalteten Hornmassen entsprechen dem Vorderende je einer der langen fingerförmigen Papillen, die sich durch Längsspaltung aus den senkrecht stehenden Bindegewebswänden resp. Lamellen des Nagelbettes gebildet haben. Während auf dem Nagelbett, wo die Nagelplatte fest aufliegt, keine Keratohyalinbildung vorkommt, erfolgt die Verhornung auf den Enden der fingerförmigen Papillen und auch sonst überall unter dem freien Ende des Nagels unter Keratohyalinbildung. Der Nagel ist oben und unten längsgestreift, während die dorsale Streifung keine Beziehung zu den Lamellen des Nagelbettes hat, entspricht die Längsstreifung der Unterfläche dem bindegewebigen Lamellensystem des Nagelbettes.

Gumpert: **Zur Geschichte der Abnahme der Syphilis.** Der in den letzten Jahren fast allgemein beobachtete Rückgang der Syphilis gibt zu den verschiedensten Hypothesen Anlaß, die sogar die völlige Ausrottung der Syphilis in kurzer Frist prophezeien. Demgegenüber ist auf die Abhängigkeit der venerischen Erkrankungen von, wenn auch größtenteils unergründeten, epidemiologischen Gesetzmäßigkeiten hinzuweisen (v. Düring, Delbanco, Herxheimer, Ehlers, Blaschko), wie sie bei dem Ulcus molle von jeher bekannt sind. Untersuchungen Mauriacs aus den siebenziger Jahren des vorigen Jahrhunderts geben für die Syphilis wichtige Aufschlüsse. Mauriac beobachtete in Paris, nach kurzem Anstieg 1872, einen plötzlich einsetzenden Abfall der venerologischen Fälle (in $3^1/_2$ Jahren mehr als 50%). Wenn auch dieser Abfall ihm vor allem durch die sinkende Frequenz des Ulcus molle verursacht zu sein scheint, so sehen wir doch, daß die Lues bis 1877 um 400% fällt, um dann bis 1880 wieder um 250% zu steigen. Die früher überfüllte Klinik steht fast leer. Als Ursachen führt er an: Entwicklungsstillstand der Stadt, wirtschaftliche Depression, rigorosere Überwachung der Prostitution, vor allem steigende Zahl der Eheschließungen. Gleichfalls interessant sind seine Mitteilungen über Änderungen im klinischen Ablauf der Syphilis. Ähnliche Beobachtungen wie heute: Die Hauterscheinungen werden immer harmloser und oberflächlicher, dagegen schwere viszerale Veränderungen. „Die Syphilis verliert seit einigen Jahren an Intensität" (Mauriac). Stellt man nun die erreichbaren Syphilisstatistiken aus dem letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts zusammen, so ergibt sich das überraschende Bild, daß um 1877 in den verschiedensten, weder geographisch noch politisch oder wirtschaftlich kommunizierenden Ländern ein Tiefpunkt der Syphilisfrequenz festzustellen war (Straßburg, Kopenhagen, Christiania, Italien, Paris, Preußen, Bayern, Belgien, Österreich). Der Abnahme folgt ein Anstieg 1878—1882, wiederum ein Minimum 1886—1888 und ein erneuter Anstieg 1892—1895. Bei dem völlig heterogenen und zufälligen statistischen Material sehen wir also deutlich erkennbare Schwankungen im Verlaufe der Syphilis. Jede hypothetische Deutung wird abgelehnt. Manches spricht für sozialökonomische Zusammenhänge (siehe Sombart), Störungen des damaligen politischen Gleichgewichts.

Digitized by Google

Gegen diese Vermutung, wie auch gegen den vermuteten Zusammenhang des gegenwärtigen Syphilisabfalls mit der modernen Therapie (da ja die Gonorrhoekurve nicht gleichfalls falle), spricht allerdings, daß auch damals die Gonorrhoekurve sich vielfach völlig unabhängig von der Syphiliskurve verhalten hat (mitunter übereinstimmend, oft direkt gegenteilig). Festzustellen ist jedoch für Westeuropa seit Jahrzehnten eine abfallende Tendenz der Syphiliskurve durch Aufklärung, Behandlung, Fürsorge, Gesetzgebung. Da aber die Weltlage der Syphilis nur wenig verändert ist, große Erdgebiete noch endemisch verseucht sind, kann die Syphilisgefahr noch nicht für überwunden gelten. Vor allem dürfen nicht die bevorstehenden Umgestaltungen der sozialen und gesetzlichen Bekämpfung verantwortlich gemacht werden, wenn, was zu erwarten steht, die Syphilis in den nächsten Jahren wieder zunehmen sollte. Die bisher hierfür herangezogenen Faktoren reichen jedenfalls nicht völlig zur Erklärung der Syphilisschwankungen aus.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Venerologia und Dermatologia. (Moskau)

1926, Nr. 6

Zur Fieber-Infektionstherapie der Syphilis, von Wainstein und Golossowker. Nach dem Vorbilde von Kyrle behandelten die Verff. 6 Kranke im frühen Stadium der Syphilis mit Malariaimpfung, ohne vorhergegangene Salvarsantherapie. und 23 Kranke in derselben Periode mit Rekurrensimpfung, teilweise ohne vorherige, teilweise nach vorheriger Salvarsantherapie. Die ersteren überstanden 8—10 Malaria-, die letzteren 4 Rekurrensattacken. Es wurde in beiden Fällen ein schneller Schwund aller klinischen Erscheinungen beobachtet.

Zur Frage der praktischen und theoretischen Bedeutung des Luetin-Busson, von Silsenkoff. Die Luetinprobe verdient als diagnostisches Hilfsmittel Aufmerksamkeit, da sie bei Nichtluetikern immer negativ und bei Syphilitikern positiv ausfällt.

Zur Kasuistik der extragenitalen harten Schanker, von S. Kedrow. Es werden fünf extragenitale Schanker beschrieben, von denen zwei auf den Fingern, je einer auf der Zunge, der Wangenschleimhaut und dem behaarten Kopf lokalisiert war.

Ein Fall von Salvarsanspätikterus, von Judowitsch. Der Ikterus trat $1^1/_2$ Monate nach beendigter Salvarsankur auf.

Bericht über 73 mit den russischen Wismutpräparaten in Kombination mit dem russischen NS behandelten Kranken, von Babadschan und J. Neumann. Schneller Schwund der klinischen Erscheinungen, geringe Wirkung auf die WR.

Zur Frage der syphilitischen Primäraffekte auf der Brustwarze, von J. Lewin. Drei derartige Fälle.

Zur Frage der Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Provozierung von Trichophytiden, von Chalipsky. Auf Grund eigener Beobachtungen von Trichophytiden, unter gleichzeitiger Anschwellung der Lymphdrüsen und Temperaturerhöhung nach Röntgenbestrahlung der Kopftrichophytie, nimmt Verf. an, daß diese Komplikation nicht nur auf eine reizende Wirkung der Röntgenstrahlen, sondern auch auf einen, durch die letzteren veranlaßten Zerfall der Pilze zurückzuführen ist.

Zur Kasuistik der Urticaria verrucosa, von Wein und Salutzki. 40jähr. Mann erkrankte am Tage nach einem Bade an einem den ganzen Körper betreffenden juckenden Ausschlag, der sich nach $3^1/_2$ Monaten unter dem Bilde von Pigmentflecken und derben, teils isolierten, teils konfluierten Knötchen von etwa Erbsengröße präsentierte, die mit Schüppchen bedeckt waren. Während der weiteren Beobachtung traten neue Knötchen auf, die gleichfalls unter Pigmentation schwanden. Histologisch handelte es sich um Hyperkeratose, Akanthose, Infiltration der papillären und subpapillären Schicht und um Verminderung bis zum Schwund des elastischen Gewebes an den erkrankten Partien.

Digitized by Google

Zur Kasuistik der diffusen, symmetrischen progressiven Sklerodermie mit Sklerodaktylie, von Maschkilleisson. 25jähr. Bäuerin mit einer seit 10 Jahren von den Fingern auf die Hände und später sich auf die Füße und das Gesicht ausbreitenden Sklerodermie, anscheinend beruhend auf polyglandulären Störungen, besonders auf einer Hypofunktion der Eierstöcke und einer Dysfunktion der Thyreoidea.

Die Anwendung der Henna bei Hautkrankheiten, von S. Lewidow. Das aus der Lawsonia inermis gewonnene, unter dem Namen Henna oder Alhenna im Handel vorkommende und eigentlich zur Haarfärbung benutzte Pulver wurde vom Verf. bei verschiedenen Verhärtungen der Haut, wie Warzen, Klavi, Kondylomen, Psoriasis usw., als keratolytisches Mittel angewandt. Zu diesem Zweck wird aus Alhenna und Wasser ein Brei bereitet, einige Millimeter dick auf die kranke Stelle aufgetragen, mit Wachspapier und Mull bedeckt und verbunden. Nach 12—24 Stunden wird der Verband entfernt, der Brei erweist sich eingetrocknet und läßt sich leicht abspülen. Die oberflächlichen Schichten z. B. des Klavus lassen sich leicht abtragen. Durch eine erneute Anwendung des Alhennabreies schwinden die letzten Spuren der Hautverhärtung und bilden sich erst nach einigen Monaten wieder.

Die psoriatischen Veränderungen der Handflächen, Fußsohlen und Nägel, von Prokoptschuk. Veränderungen der Handflächen und Fußsohlen finden sich in 18.59%; diejenigen der Nägel in 10.27% bei Psoriatikern.

Über das Sarkoid Boeck, von A. Jakubson. Einschlägiger Fall bei einem 18jähr. Bauer mit Tuberkulose der Lunge und der Bronchialdrüsen.

Über die intrakutane Reaktion bei Tripper, von Owtschinnikow und Schischow. Der positive Ausfall der Reaktion nach intrakutaner Anwendung von Gonokokkenvakzine spricht nicht nur für augenblicklich bestehenden, sondern auch für einmal überstandenen Tripper.

Über „neue Wege" bei der Gonorrhoebehandlung, von Petschersky. Das in Form von Urethralstäbchen empfohlene Pellidol führt nach Verf. in 50% zu Komplikationen der Urethritis.

Zur Frage der Diathermiebehandlung von Blennorrhoekomplikationen, von Chasanoff. Erfolg sowohl bei akuten als chronischen Fällen von blennorrhoischer Epididymitis, Prostatitis und Spermatozystitis.

Über experimentellen Tripper, von A. Finkelstein und Timochina. Im Gegensatz zu den berichteten geglückten Versuchen von Übertragung des Trippers auf verschiedene Tiere konnten die Verff. keine solche erzielen.

Zur Frage der Zyto- und Parasitotropie des Salvarsans, von F. Grünbaum. Das in vitro durch die Erythrozyten fixierte Salvarsan hat parasitotropisch dieselbe Kraft wie das Salvarsan per se. Das von den Erythrozyten absorbierte Salvarsan besitzt therapeutische und sterilisierende Eigenschaften.

Über die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei der experimentellen Gonokokkentoxämie der Kaninchen, von Chatenewer. Nach der intravenösen Injektion von lebender Gonokokkenkultur nimmt die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bedeutend zu, was bei Kontrollversuchen mit Bouilloninjektion nicht der Fall war.

Zur Frage der Aufklärung über Geschlechtskrankheiten, als Teil der sanitären Tätigkeit der Dispensaire, von N. Okun. Eine Umfrage unter der größtenteils jugendlichen Arbeiter- und Bauernbevölkerung Saratows ergab, daß ein großer Prozentsatz derselben im Alter von 16—17 Jahren geschlechtlich zu leben beginnt, so daß die Aufklärung in einem früheren Alter beginnen muß.

Aufgabe und Bedeutung der Fürsorgestellen zur persönlichen Prophylaxe gegen venerische Krankheiten, von Platowsky.

Bibliographischer Anzeiger über die russische Syphilisliteratur in den Jahren 1920—1925, von Grshebin und Tapelson. A. Jordan-Moskau.

Dermatologische Zeitschrift

1926, Bd. 49, H. 4

Die Bestrebungen zur Standardisierung der Röntgenstrahlenmessung nebst Bemerkungen über die Eignung der Haut als Strahlenmaß, von H. Th. Schreus, Hautkl. Med. Akad. Düsseldorf. S. 225. Die Bestimmungen der absoluten Einheit R werden in der Reichsanstalt mit einer von Behnken nach einem Modell von Siemens &

Digitized by Google

Halske konstruierten Druckluftkammer ausgeführt. Zwecks Ausschaltung von Wandwirkungen sind der isolierten Elektrode, die zum Elektrometer führt, zwei isoliert in die Kammer eingeführte geerdete Hilfselektroden vorgelagert, die den Ionisationsluftraum wandlos begrenzen. Mit dieser Apparatur werden die zu eichenden eingeschickten Instrumente verglichen. Die Eichung wird für alle in Betracht kommenden Strahlenhärten und Filterungen besonders ausgeführt. Die biologisch richtige Feststellung der Rückstreuungswerte und auch der Tiefendosen bei den gebräuchlichen Strahlenhärten wird einen weiteren Schritt zur Standardisierung der Strahlenmessung darstellen. Es wird dann erforderlich sein, die Primärstrahlung unter Berücksichtigung der Strahlenhärte zu messen. Das Symptom der Rötung ist kein einheitliches biologisches Maß für Strahlen verschiedener Tiefenwirkung. Neben der Bestimmung der Toleranzdosen der Haut wird es zukünftig erforderlich sein, die biologische Wirkung der verschiedenen Strahlenhärten mit Bezug auf die R-Einheit zu bestimmen.

Das Endothelsymptom bei Syphilitikern während der Salvarsanbehandlung, von A. M. Memmesheimer und J. Wieler, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 242. In der Mehrzahl der Fälle wurde durch eine Salvarsaninjektion ein vorher positives Endothelsymptom negativ. Die Untersuchung des Kantharidenblaseninhalts nach einer intravenösen Salvarsaninjektion ergab in einem Teil der Fälle eine sichtbare zelluläre Reaktion der kleinen peripheren Gefäße. Verff. stellen sich die Umwandlung des Salvarsans theoretisch in der Weise vor, daß die Uferzellen aller Gefäße das Salvarsan aufnehmen und dann die wirksame spirochätozide Substanz in das Blut sezernieren.

Ein neues Röhrchen zur Züchtung von Dermatophyten und Bakterien, von K. L. Karrenberg, Derm. Abt. Allg. Krkhs. St. Georg Hamburg. S. 248. Das Röhrchen besteht aus einem größeren Reagenzglas, dem ein kleinerer Einsatz in Form eines Schlittens eingefügt ist, der zur Aufnahme der Schrägagarsäule dient. Der Schlitten mit der Agarsäule kann beliebig oft entfernt werden. Auf diese Weise ist es möglich, den Werdegang einer Kultur unter dem Mikroskop zu beobachten und das Wachstum fortlaufend im Bilde festzuhalten.

Beiträge zur Kenntnis der Fermente der menschlichen Haut, von N. Melczer, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Budapest. S. 252. Die Epidermis, das Korium und die Subkutis weisen zahlreiche Fermente auf. Im Gegensatz zu anderen Untersuchern hat Verf. die Bestimmungen in ganz blutloser Haut durchgeführt. Er wies Diastasenwerte von 16—54 nach der Wohlgemuthschen Serienmethode nach, fand einen Zuckergehalt von 0,02—0,07 mg-% nach Bang. Außer Phenolase und Katalase enthält die Haut eine ansehnliche Menge Peroxydase. Die Epidermislipase wird nicht in den Talgdrüsen, sondern wahrscheinlich in den Zellen der Epidermis selbst produziert.

Über Veränderungen des Serumeiweißes bei Syphilis, von S. Somogyi, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Budapest. S. 262. Im Stadium manifester Symptome ist das Gesamteiweiß stärker vermehrt als im symptomlosen Stadium. Der Nachweis erfolgte nach dem Reißschen Verfahren, während das Verfahren nach Robertson weniger hohe Werte ergab. Der Gehalt an Albumin ist in allen Stadien der Lues vermindert, besonders im sekundären Stadium. Die Menge des Globulins ist in den Fällen mit manifesten Symptomen bedeutend, in symptomlosen Fällen gering gesteigert. Ein Zusammenhang zwischen WR und der Vermehrung des Gesamteiweißes bzw. Globulins besteht nicht.

1927, Bd. 49, H. 5

Liquorkontrolle maximaler Frühbehandlung mit Vergleichsuntersuchungen bei unbehandelter oder ungenügend behandelter Syphilis; Liquorbeeinflussung durch Malariabehandlung, von E. Zurhelle und J. Krechel, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 305. Bei unbehandelter Lues II fanden sich innerhalb der ersten 4 Monate p. inf. in 16% Liquorveränderungen, bei älterer Lues in 47,8%. Behandelte Patienten mit Lues II (innerhalb von 2 Jahren p. inf.) hatten nach 3, 2 bzw. 1 maximalen Kur in 0%, 7,3% bzw. 28% kranken Liquor, dagegen nach 3, 2 bzw. 1 ungenügenden Kur in 53,3%, 50% bzw. 48,4%. Bei behandelter über 2 Jahre bestehender Lues betrugen die Prozentzahlen der Liquorveränderungen nach 3, 2 bzw. 1 maximalen Kur 0% bei richtigem Intervall, sonst 7,5%, 14,3% bzw. 50%, bei 3, 2 bzw. 1 ungenügender Kur 51,5%, 78,5% bzw. 38,1%. Bei älteren Luesfällen mit Liquorerkrankung dürfte die Malariabehandlung mit anschließendem maximalem Kurmaß die Methode der Wahl sein (maximale Frühbehandlung der Vorstadien luetischer Nervenerkrankungen).

Digitized by Google

Experimentelles und Klinisches zur Wismuttherapie (Resorption von Wismutpräparaten, Dosierung, Wirkung auf Spirochäten und Wassermann), von L. Grumach, Univ.-Hautkl. Königsberg i. Pr. S. 328. Spirobismol wird am schnellsten resorbiert, es folgen dann Bismogenol, Bismophanol und Bisuspen. Embial geht keineswegs rascher in den Körper über als die bisher bekannten Bi-Emulsionen. Die Resorption setzt unmittelbar nach der Injektion ein und erreicht nach 1 Stunde etwa 20—35% der injizierten Menge. Die stärkste Wirkung auf Spirochäten übt Bismogenol aus. Spirobismol, Bismophanol und Bisuspen zeichnen sich durch sichere Beeinflussung der Seroreaktion aus.

Die Wirkung verschiedener Syphilisheilmittel auf die Oberflächenspirochäten, von W. Leipold, Univ.-Hautkl. Greifswald. S. 341. Zwischen der reinen Silbersalvarsan- und der zweizeitig mit Novasurol kombinierten SS-Behandlung besteht hinsichtlich Abtötung der Oberflächenspirochäten kein Unterschied, dagegen übt die Novasurol-SS-Mischspritze eine bedeutend stärkere Wirkung aus. Außerdem überhäuten sich die nässenden Erscheinungen rascher. Die Reizwirkung, die der Abtötung der Spirochäten vorangeht und in Verlängerung der Spirochätenleiber, erhöhter Beweglichkeit und Vermehrung der Erreger besteht, wurde auch bei höherer Dosierung beobachtet. Die Spirochäten verschwinden im Frühstadium bei seronegativen Fällen schneller als bei seropositiven. In späteren Stadien mit klinischen Erscheinungen ist das Umgekehrte der Fall.

Die Pellidolbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, von K. Bleyer, Äuß. Abt. Krkhs. Dresden-Friedrichstadt. S. 355. Von 32 Fällen reiner Urethralblennorrhoe wurden 28 nach einer Behandlung von $2^1/_2$—7 Wochen geheilt, von 31 Fällen, die auch eine Zervixblennorrhoe hatten, 25. Bei einer späteren Untersuchung wurden 4 Rezidive festgestellt. Immerhin wurde in 78% Heilung erzielt. Von der Stäbchenbehandlung der Zervix wird wegen Gefahr der Aszendierung abgeraten. Die Behandlung erfolgte mit heißen Chloraminspülungen und Kaseosanquaddeln.

Beobachtungen von Gonorrhoeheilungen bei Impfmalaria, von M. Hofmann, Äuß. Abt. Stadtkrkhs. Dresden-Friedrichstadt. S. 357. Behandelt wurden 17 Frauen, 10 Männer und 4 Mädchen, davon 20 in erster Linie zur Sanierung des syphilitisch erkrankten Liquors, die übrigen ausschließlich wegen der schon monatelang bestehenden, Blennorrhoe. Bei den Frauen wurde die Harnröhrenblennorrhoe weniger als die Zervixblennorrhoe beeinflußt. Von den 17 Fällen blieben 2 Harnröhreninfektionen ungeheilt, die übrigen heilten restlos aus. Von den 10 Männern wurden 8 gonokokkenfrei, 2 wiesen trotz guter Fieberreaktion positiven Befund auf. Einer davon wurde dann 1 Woche lang mit Hegonon $^1/_4$% der andere 3 Wochen lang mit Instrumenten behandelt, worauf hin Heilung eintrat. Von den 4 Mädchen, die die Kur gut vertrugen, wurden 2 geheilt, 1 blieb dauernd positiv und 1 hatte 4 Wochen nach der Entlassung ein Rezidiv.

F. Harry-Wiesbaden.

Acta Dermato-Venereologica

1926, Bd. 7, H. 3

Klinische Beiträge zur Ätiologie des Lupus erythematodes, von L. Fällenbaum, Frauenabt. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Lemberg. S. 425. Bericht über 20 Fälle von Lupus erythematodes chronicus und 3 Fälle von Lupus erythematodes acutus. Auf Grund der im Anschluß an die Ansichten von Elmarsch, Kreibich, Groß und Volk aufgestellten Arbeitsprothese wird versucht, mittels biologischer Hautreaktionen den Zusammenhang verschiedener Antigene mit Lupus erythematodes-Herden zu erforschen und therapeutisch zu verwerten. Verf. nimmt nämlich an, daß der Lupus erythematodes eine Affektion sei, deren Pathogenese immer gleich, deren Ätiologie jedoch verschieden sei. Durch Einwirken verschiedener Antigene, besonders Lymphdrüsen, werden Stoffe frei, die auf die Haut sensibilisierend wirken. Treffen nun die derart überempfindliche Haut äußere Schädlichkeiten (z. B. aktinische), so entstehen an exponierten Stellen Reaktionen sui generis, die wir Lupus erythematodes nennen. Versuche wurden mit Tuberkulin, polyvalenter Eiterkokkenvakzine und Intestinalvakzine unternommen. Die ausschließliche Stellung des Tuberkelbazillus erheblich erschüttert. Mehrfach deutliche therapeutische Erfolge. Von den akuten Fällen endeten zwei letal, einer kam zur Autopsie. Ein Fall entstand primärakut, einer, der subakut begann, wurde durch Influenza akut, der dritte wurde aus einem chronischen Lupus erythematodes akut. In 2 Fällen Provokation durch Sonnenstrahlen unzweifelhaft. In keinem Fall konnte Tuberkulose nachgewiesen werden, hingegen chronische Eiterung und Otitis media.

Digitized by Google

Über die Behandlung der Dermatitis herpetiformis Duhring mit Neosalvarsan, von C. Thesleff, Derm. Univ.-Kl. Helsingfors. S. 450. Neun eingehend beschriebene typische Fälle. Sämtlich mit Neosalvarsan behandelt (1 Inj. zu 0,3 bis 6 Inj. zu 0,6). In 4 Fällen sind die Hauterscheinungen vollkommen verschwunden, in den übrigen 5 Fällen trat Besserung ein. Rezidive nur in 4 Fällen.

Les chancres syphilitiques extra-génitaux dans les hôpitaux de Stockholm au cours d'un siècle (1821—1920) (Die extragenitalen syphilitischen Schanker in den Hospitälern von Stockholm während eines Jahrhunderts [1821—1920]), von S. Norström-Lind, Göteborg. S. 466. In 100 Jahren wurden 533 extragenitale Infektionen bei 146 Männern und 387 Frauen beobachtet. Das Verhältnis der Geschlechter hat sich im Sinne einer Angleichung verschoben. 1821—1873 12 und 161, 1874—1900 71 und 149, 1901—1920 63 und 77 Männer und Frauen. Bei den Frauen ist die Frequenz der extragenitalen Affekte von 35,8% auf 9,05% (1874—1920) gesunken, bei den Männern hingegen beträgt sie 1874—1880 1,37%, 1891—1900 3,34%, 1911—1920 1,84%. Am gefährdetsten war das Alter zwischen 21 und 50 Jahren; die Zahlen sind für die Säuglinge höher als zwischen 2 und 14 Jahren. Die Lippen bilden die exponierteste Lokalisation 40,7%, die Tonsillenaffekte betrugen 7,5%, die der Zunge 2,5%. An zweiter Stelle stehen die Brustschanker mit 34,5%. Fingerschanker 3,6%. Der Infektionsmodus ist fast bei der Hälfte der Fälle unbekannt. Am häufigsten sind die Primäraffekte der Ammen (163). An zweiter Stelle steht der Kuß mit 45 Fällen. Vakzinationsschanker wurden nicht beobachtet.

Ein Fall einer sehr seltenen Hautkrankheit (Acanthosis nigricans), von R. Soetomo, Soerabaja, Java. S. 479. Verf. beobachtete bei einer Frau mit inoperablem Ovarialkarzinom eine charakteristische Acanthosis nigricans, den ersten in Indien beschriebenen Fall dieser Art. M. Gumpert-Berlin.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

1926, Jahrg. 2, Nr. 11

Le chaulmoogra et autres graines utilisables contre la lèpre (Die Chaulmoograpflanze und andere gegen die Lepra anwendbare Körner), von Em. Perrot-Paris. S. 547. Botanische und pharmakologische Einzelheiten über benannte und andere Pflanzenarten der heißen Länder.

Anaphylaxie à l'arnica. Dermite artificielle vésiculo-bulleuse par la teinture d'arnica. Choc hémoclasique déclenché par cutiréaction (Anaphylaxie gegen Arnika. Künstliche vesikulobullöse Dermatitis durch Arnikatinktur. Durch Kutireaktion erzeugter hämoklasischer Chok), von H. Gougerot und F. Lotte. S. 554. Bei einem Patienten, der auf Arnikaeinreibung am Knie Dermatitis bekommen hatte, konnte durch Kuti- und Epidermoeinimpfung der Arnikatinktur Herdreaktion am kranken Knie und Lokalreaktion an den Impfstellen erzeugt werden. Gleichzeitig damit war eine deutliche Senkung des arteriellen Blutdrucks und kurzdauernde Leukopenie verbunden.

Onyxis syphilitique du bord libre de l'ongle (Syphilitische Onychie des freien Nagelrandes), von G. Milian. S. 561. Im Gegensatz zu den Pilzerkrankungen befällt gewöhnlich die Syphilis den Nagel nur an der Matrix. Hier wird ein Fall geschildert, bei dem der freie Außenrand des Daumennagels luetisch befallen, verdickt und brüchig war. An der Richtigkeit der Diagnose war wegen gleichzeitig vorhandenen mannigfaltigen luetischen Sekundärerscheinungen nicht zu zweifeln.

Les sulfures de sodium et de potassium (Die Schwefelverbindungen von Soda und Pottasche), von Veyrières. S. 566. Pharmakologische Einzelheiten. H. Lippert-Köln.

Dansk Dermatologisk Selskab's Forhandlinger 1925—1926

Verhandlungen der Dänischen Dermatologischen Gesellschaft 1925—1926, von H. Haxthausen

190. Sitzung

Epithelioma penis, geheilt durch Radiumbehandlung, von L. Nielsen. Fall, mikroskopisch bestätigt; mit glatter weißer Narbe geheilt.

Multiple symmetrische Lipome, von H. C. S. Finsen.

Digitized by Google

Intertrigo vegetans, von H. Haxthausen. Ausführliche Beschreibung einer eigentümlichen Affektion bei einem $^3/_4$jähr. Kinde, welche als eine Zwischenform zwischen der gewöhnlichen Intertrigo und Blastomykose aufzufassen ist. Die Läsionen betrafen zunächst die Perinealgegend, ferner die Mundwinkel und den Hinterkopf. Kulturversuche ließen nur Gärungspilze und Streptokokken erkennen. Alle Behandlung bei dem bisherigen $^1/_4$jähr. Aufenthalt im Krankenhaus ist wirkungslos gewesen.

Vermutliche Reinfektion mit Syphilis nach vorheriger ausschließlicher Bismutbehandlung, von H. Haxthausen. Ein 50jähr. Mann akquirierte etwa $2^1/_2$ Jahr nach der erfolgreich durchgeführten Bismutbehandlung einer unzweifelhaften syphilitischen Infektion ein Geschwür am Penis, das wohl sicher als Primärsyphilid zu bezeichnen war. WR +. Keine Roseola. Heilung erfolgte prompt unter kombinierter Salvarsan-Schmierkurbehandlung.

Lupus erythematosus, von H. Haxthausen.

Adenoma sebaceum, von H. C. S. Finsen. Die Affektion besteht bei dem 6jähr. Mädchen in stetig zunehmender Form schon seit 5 Jahren.

Fall zum Diagnostizieren, von Kissmeyer.

Necrosis adiposa neonatorum oder sogenannte Sclerodermia neonatorum, von G. Gjelberg-Hansen.

191. Sitzung

Nachruf für Wassermann, von Boas.

Erythrodermia exfoliativa universalis congenita familiaris, von K. Portmann. Demonstrierung einer 56jähr. ledigen Schneiderin, die 1901 von Rasch als zweiter in der Literatur verzeichneter Fall dieser Art beschrieben worden ist. Die Läsionen haben sich im Laufe der Zeit durchaus nicht verändert.

Fall von Lupuskarzinom, von S. Lomholt. Ausgedehnte krebsige Wucherung an der Nase und den Wangen im Anschluß an alten Lupus bei einer 58jähr. Frau.

Fall von großem, ulzerativem Syphilid, von S. Lomholt. Ungewöhnlich große Ulzerationen auf Thorax, Schulter, Hals und Gesicht, die sich wegen fehlender Behandlung, aus Ärztescheu, in etwa 4 Jahren entwickelt haben.

Erythrodermie pityriasique en plaques disséminés, von H. Haxthausen. Bei der 38jähr., verheirateten Frau bewirkte interne Kalktherapie eine entschiedene Besserung.

Lichen ruber annularis, von H. C. S. Finsen.

Epithelioma adenoides cysticum, von H. C. S. Finsen.

Eigentümliche Äußerung der Syphilis. Reinfektion? von Meincke.

Eine Methode zur Züchtung von Streptokokken von der Haut, von H. Haxthausen. (In extenso veröffentlicht.)

192. Sitzung

Acanthosis nigricans mit Veränderungen an den Nägeln, von H. Haxthausen. Patientin, 32jähr. verheiratete Frau, war zuerst 1918 im Krankenhaus mit einer Affektion der Fingernägel, einem Papillom in der Nabelgegend und Wucherungen an der Vulva, die abgetragen wurden. Im Jahre 1924 war sie wieder in Behandlung wegen des Nagelleidens und wegen Wucherungen am Genitaltrakt. Zur Zeit ist zu beachten neben typischer Acanthosis nigricans die Nagelaffektion bei starker Verdickung des Nagelwalls, Chagrinierung der Haut, Verdickung, Verbiegung und Rissigkeit der eigentlichen Nagelmasse und an mehreren Stellen Eiterbildungen. Die speziell auf eine endokrine Störung gerichtete Untersuchung ergab nichts Positives.

Fall von Lupus erythematodes im Verein mit bindegewebsartiger Schrumpfung der Konjunktiva (Lupus erythematodes conjunctivae), von S. Lomholt. Bei einem 66jähr. Manne mit einem seit 7 Jahren sich entwickelnden typischen Lupus erythematodes an Nase, Wangen, Ohren und Unterlippe fanden sich am linken Auge ausgesprochene bindegewebige Schrumpfung der Konjunktiva, Xerosis der Kornea und Konjunktiva und Entropion beider Lider mit Trichiasis. In geringerem Grade zeigte das rechte Auge analoge Prozesse. Ein Zusammenhang zwischen Hautleiden und Augenaffektion ist als wahrscheinlich zu bezeichnen.

Ein Fall von multipler Hautsarkomatose, von G. Gelbjerg-Hansen. Bei einem 28jähr. Seemann zählte man etwa 420 erbsen- bis bohnengroße subkutane Geschwülste, welche bei histologischer Untersuchung sich als Sarkome auswiesen.

Granuloma pyogenicum bei einem 50jähr. Manne, von Kissmeyer.

Digitized by Google

Lichen ruber, von Kissmeyer. Bei dem früher vorgestellten Pat. ist die Diagnose Lichen ruber seitdem sicher gestellt worden.

Multiple Rezidive von Syphilis trotz kräftiger Behandlung, von E. Henningsen. Ein am 1. VI. 1923 mit Primärsyphilis aufgenommener Pat. machte trotz energischer Behandlung (42 Neosalvarsaninjektionen, Cyarsal, Bismut usw.) im Laufe von 2 Jahren 7 Rezidive durch.

Kombinierte Metallsalz- und Vakzinetherapie bei Blennorrhoe, von Boas. Die von Walbum vorgeschlagene Behandlungsweise mit Injektionen von ganz schwachen Lösungen von Metallsalzen hat sich nach B.s Beobachtungen nicht bewährt; er hat aber von einer Kombination dieser Methode mit intravenöser Injektion von Gonokokkenvakzine vereinzelt sehr befriedigende Wirkung gesehen.

Welche Bedeutung kann der Kliniker den sogenannten sensibilisierten Syphilisreaktionen zuschreiben? von A. Portmann. Aus einer großen Anzahl vergleichender Beobachtungen entnimmt P. folgende Schlußfolgerungen: Patienten mit negativer Reaktion gegenüber dem Herzextrakt aber positiv für Σ oder syphilitisches Antigen zeigen entschieden mehr Neigung zu einem auch durch Herzextrakt nachweisbaren Rezidiv (35,5 %) als die überhaupt negativ reagierenden Fälle (13 %) bei einer gut 2 Jahre langen Beobachtungszeit. Starke Reaktion bei erfolgtem Rezidiv war ungefähr ebenso häufig vertreten bei Fällen mit negativer Reaktion für alle 3 Prüfungsarten wie bei Fällen mit positivem Ergebnis mit einer der sensibilisierten Methoden (ungefähr 7, 9 und 6,6 %). Ein positives Resultat mit Σ hat prognostisch ungefähr die gleiche Bedeutung für die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs wie ein solches mit syphilitischem Antigen (13 % und 16 %).

193. Sitzung

Fall zum Diagnostizieren, von O. Haslund.

Lichen ruber, von H. C. S. Finsen. Ziemlich ausgebreitete Läsionen bei einem 4¾ Jahre alten Knaben.

Pityriasis rubra pilaris, von H. C. S. Finsen. Demonstration eines Falles mit ausgedehnten Läsionen bei einem 1jähr. Knaben.

Fall von Fox-Fordycescher Krankheit, die unter Behandlung mit Steinkohlenteer verschwand, von O. Jersild. Bei einer 58jähr. verheirateten Frau fand sich die seit etwa ½ Jahre bestehende wohl charakterisierte Affektion an der Axilla beiderseits, an der Mamillargegend, Pars suprapubica und Labia majora lokalisiert. Unter Teerbehandlung verschwand die Affektion völlig im Laufe von etwa 2½ Monaten.

Eigentümlicher Fall von „skrophulösem Gumma", von Gelbjerg-Hansen. Eine 57jähr. Witwe beobachtet seit etwa Jahresfrist die Entstehung von etwa 20 erbsen- bis haselnußgroßen Knötchen unter der Haut. Biopsie: Viele Riesenzellen; vereinzelte Tuberkelbazillen bei Färbung mit Ziel-Neelsen sichergestellt.

Fall von Lupus follicularis disseminatus, von Gelbjerg-Hansen.

Fall von Granulosis rubra nasi, von H. Haxthausen.

Fall von knotenförmigem Syphilid, von H. Haxthausen.

Fall von Lupuskarzinom, von S. Lomholt.

Fall von Lupus vulgaris mit ungewöhnlich schneller Ausbreitung, von S. Lomholt. Im Laufe etwa eines Jahres hat sich der bei der 51jähr. Patientin ursprünglich auf ein paar kleine Flecke an der Stirn und der einen Wange beschränkte Prozeß über fast das ganze Gesicht ausgebreitet.

Fall von Atrophia maculosa cutis idiopathica, von S. Lomholt. Pat., ein junger Mann, hat seit ein paar Jahren an der linken Hand, später auch am Ellenbogen Verfärbung, Rötung und Dünnwerden der Haut bemerkt. Befund jetzt charakteristisch.

194. Sitzung

Syphilis — M. Basedowii, von O. Haslund. Von anderer Seite (Schulmann) ist ein Zusammenhang zwischen Syphilis und Morbus Basedowii für viele Fälle als erwiesen angenommen worden. H. berichtet über eine 23jähr. Patientin, welche etwa 1 Jahr nach Aufnahme und Behandlung wegen Induration am Geschlechtsteil bei positivem Spirochätenbefund und WR sich mit deutlichem Exophthalmus nebst Struma wieder einfand. Schmierkur und Jodkalium wurden gut vertragen. H. hält den Fall aber durchaus nicht für beweisend.

Psoriasis bei einem Säugling, von Vorslund-Kjaer.

Melanosarkom, von Forslund-Kjaer.

Digitized by Google

Fall zum Diagnostizieren (Pityriasis simplex mit fleckförmigem Haarausfall), von H. Haxthausen.

Fall von Sarkoid, von H. Haxthausen.

Lichen scrophulosorum, von H. Haxthausen.

Demonstration von Cimex-Eiern, von H. Haxthausen.

Vitiligo, Morbus Basedowii und Morphoea bei einem und demselben Patienten, von H. Pontoppidan.

Fall von Pityriasis rubra pilaris, von S. Lomholt.

195. Sitzung

Akneförmige Tuberkulide an der behaarten Kopfhaut, von H. Haxthausen. Ein 7jähr. Mädchen. Typische Effloreszenzen auch auf der Kopfhaut. Auf Pirquet sehr ausgesprochene Reaktion.

Chronische Lichtwirkungen an der Gesichtshaut bei einer 81jähr. Frau (Degeneration des Elastins, Keratosis senilis, Epitheliome, Hornbildung der Haut), von H. Haxthausen.

Zirzinäre Keratosen an den Seitenflächen der Finger, von H. Haxthausen.

Prurigo nodularis (Hyde) unter Behandlung mit Radium-Emanation in Wachsplatten, von S. Lomholt. Die charakteristisch entwickelte, unerträglich juckende Affektion bei der 50jähr., durchaus nicht neurotisch veranlagten Frau erfuhr eine ausgesprochene Besserung durch die Anwendung von emanationshaltigen Wachsplatten nach der in der Dansk. Derm. Selsk. im Dezember 1924 beschriebenen Methode. Man bekommt dabei eine kräftige weiche Strahlung, die in den obersten Hautschichten absorbiert wird. In diesem Falle wurden recht kräftige Dosen von etwa 0,09 Millikurie in $2—3 \times 24$ Stunden benutzt. Allerdings entstand dabei ein starkes Erythem und stellenweise Blasenbildung, was aber ohne bleibenden Nachteil war.

Psoriasis rupioides, von H. C. S. Finsen.

Lenigallolvergiftung, von H. C. S. Finsen. Nach ziemlich ausgiebiger Applikation von Lenigallolsalbe zur Behandlung einer ausgedehnten Psoriasis fanden sich bei der 14jähr. Patientin vorübergehend ausgesprochene Albuminurie und Blutbeimischung im Urin.

Auftreten von Blasen auf der Haut bei einer an Karzinom des Labium maius leidenden Patientin, von H. C. S. Finsen. Ein Zusammenhang zwischen den beiden Affektionen wurde durch mikroskopische Untersuchung bestätigt.

Pathomimia, von H. C. S. Finsen. Nachgewiesene Selbstbeschädigung bei einem 27jähr. Mädchen.

Monilethrix, von B. Pontoppidan. Mehrere Mitglieder in der Familie der 5jähr. Kranken zeigten dieselbe Abnormität.

Pili annulati, von B. Pontoppidan.

Ein epithelbekleideter Gang in der Raphe praeputii als einzige Lokalisation einer blennorrhoischen Infektion, von B. Pontoppidan. Bei einem jungen Manne konstatierte P. 7 Tage nach einem suspekten Koitus auf der unteren Fläche des Präputiums einen $3^1/_2$ mm langen engen Gang, aus dem gonokokkenhaltiger Eiter sich entleerte. Eröffnung mit Galvanokauter, Heilung. Embryologisch ist die Entstehung eines solchen Defekts schwer zu erklären.

Pityriasis rosea auf der behaarten Kopfhaut. Eine häufige Lokalisation bei Kindern, von H. Haxthausen. Nach H.s Erfahrungen ist bei Kindern (im Gegensatz zu Erwachsenen) diese Lokalisation etwas ganz Gewöhnliches.

Lichtbehandlung von Lichen ruber, von C. Rasch. Sowohl das natürliche Sonnenlicht als auch Kohlenbogenlichtbäder haben bei einigen von R. behandelten Fällen sehr befriedigende Resultate ergeben.

196. Sitzung

Fall von Lymphosarkoma colliglandulare et cutaneum, von S. Lomholt. Nach günstiger Beeinflussung der ursprünglich an den Halslymphdrüsen lokalisierten Affektion durch Röntgenbehandlung erfolgte ein Rezidiv und Übergreifen des Leidens auf die Haut am Thorax. Erneute Röntgenbehandlung war von guter Wirkung.

Fall von Lupus vulgaris in disseminierter Form, von S. Lomholt.

Fall von Pityriasis rubra pilaris mit akutem Verlauf, von S. Lomholt. Das stark ausgeprägte Leiden bei dem 6jähr. Knaben breitete sich trotz Behandlung in

Digitized by Google

Krankenhaus mit großer Schnelligkeit über den ganzen Körper aus, so daß schließlich nach Verlauf von 6—8 Wochen nur einzelne kleine gesunde Stellen auf Hand- und Fußrücken, an den Oberschenkeln und Rückseite der Unterschenkel, Vorderarmen, Penis und Unterleib inselförmig zurückblieben. Allmählich trat unter Behandlung mit Kohlenbogenlicht und Vaselineinreibungen Besserung ein nach etwa 10wöchigem Aufenthalt im Krankenhaus. Seitdem ist völlige Heilung erfolgt.

Multiple Keloide als Wirkung von Sonnenstrahlen, von H. Haxthausen. Bei der 35jähr. Patientin war die dem Kleidausschnitt entsprechende Partie der Brust Sitz von zahlreichen stecknadelkopf- bis erbsengroßen Keloiden.

Epidermolysis bullosa, von H. C. S. Finsen. Ein jetzt 3 Monate altes Mädchen wies am Tage nach der Geburt auf dem einen Finger eine kleine Blase auf, der im Laufe des Krankenhausaufenthalts zahlreiche andere folgten. Untersuchungen auf Anhaltspunkte für Infektion fielen durchweg negativ aus. Allgemeinbefinden blieb gut.

Drei neue durch Neosalvarsan geheilte Fälle von Genitalgangrän, von O. Jersild.

Lupus follicularis disseminatus, von Nander.

Dermatitis artificialis, von Nander.

Artifizielle Dermatitiden im Nacken, von Nander. Zelluloidspangen und Kämme sind oft Ursache von Dermatitis am Nacken bei Frauen und Mädchen.

Injektionsbehandlung von Varizen, von V. Genner.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitteilungen aus der Literatur

Urogenitalapparat

b. Penis, Urethra, Blase

Spiral Urethral Dilator (Harnröhrendehner mit Spiralen), von O. Hayes-Akron, Ohio. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 12, S. 939.) Beschreibung, Abbildung und Empfehlung eines Harnröhrenbougies aus vernickeltem Stahl. Es handelt sich nach der Abbildung um eine Art geraden (Lefort) Bougies, mit spiraligen Windungen von der Zirkumferenz der Charrièreschen Skala. Die Vorteile dieses neuen spiraligen Bougies sollen darin bestehen, daß es sich leichter und reizloser als gewöhnliche Sonden einführen läßt, infizierte Drüsen und Lakunen besser ausgedrückt und auch Strikturen nicht so plötzlich und gewaltsam gedehnt werden wie durch andere Bougies. Auch soll das neue Dehninstrument bei engem Meatus besondere Vorteile besitzen. Ferner verhütet es die Verschleppung von keimhaltigen Sekreten nach hinten.

F. Jacobsohn-Berlin.

Ein Beitrag zu dem sogenannten echten Blasendivertikel, von G. Düttmann, Chir. Univ.-Kl. Gießen. (M. Kl., 1926, Nr. 47, S. 1794—1797). Zwei Fälle, davon einer mit Erfolg operiert. Die Divertikel als solche sind nicht angeboren, dies ist nur die in umschriebener Blasenwandschwäche auftretende Anlage. Jede Erhöhung des Innendruckes, z. B. bei Zystitis, begünstigt die Ausbildung des Divertikels.

E. Levin-Berlin.

Über Blasengangrän, von B. Subotzki, Urol. Kl. II. Staatsuniv. Moskau. (Zschr. f. urol. Chir., 1926, Bd. 21, H. 1/2, S. 1.) Blasengangrän wird relativ selten beobachtet. Am häufigsten kommt es noch bei chemischen Verätzungen zur Gangrän, aber auch schwere Infektionen und Stauungen im Blutkreislauf, teils infolge des inneren Druckes durch Harnverhaltung, teils infolge äußeren Druckes, z. B. durch den schwangeren Uterus (Druck auf die Venen des Blasenhalses), können zur Gangrän führen. In dem vom Verf. beobachteten Fall war ein 19jähr. (!) Mann betroffen, der wohl eine Gonorrhoe durchgemacht hatte, bei dem man aber keine Strikturen der Harnröhre bei der Autopsie fand. Es hatte sich wohl eine akute, sehr virulente Infektion zu einer schon bestehenden chronischen Zystitis gesellt. Es war dann zur Blasengangrän und zur Urinphlegmone gekommen, zuletzt Urosepsis, Exitus infolge Herzschwäche. Die Prognose der Blasengangrän ist eine ernste, besonders bei Männern. Die Behandlung besteht in einer möglichst frühen Zystotomie, bei Frauen kann man eventuell etwas konservativer sein.

A. Rosenburg-Mannheim.

Digitized by Google

An Ancient Bladder Stone (Ein alter Blasenstein), von G. D. Williams-Cambridge. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 12, S. 941.) Im Verlauf der systematischen Untersuchung einer männlichen Mumie von etwa 18 Jahren wurde im Becken der Mumie ein Stein gefunden, der auf Grund eingehender chemischer Untersuchung als Blasenstein angesprochen wird. Nach Schätzung des Verf. muß der Stein mindestens 3000 Jahre alt sein. O. A. Schwarz-Berlin.

Ein neues Verfahren in der Therapie der Enuresis nocturna, von L. Lazarovits-Budapest. Training der Blase. Der Pat. wird aufgefordert, bei Tage 6 Stunden lang keinen Urin zu entleeren. Falls das nicht geht, so wird er ins Bett gelegt. Liegend läßt sich der Urin leichter zurückhalten. Die Ruhezeit der Blase wird bis auf 10 Std. ausgedehnt. Bei Nacht wird verboten, den Kranken zu wecken, um Urin zu lassen. Im Gegenteil, der Patient wird geweckt, um ihn darauf aufmerksam zu machen, nicht zu urinieren. Ist das nötige 10-Stunden-Zurückhalten erreicht, so ist Heilung eingetreten, denn ein Schlaf über 10 Stunden ist überflüssig. Ein erfolgreicher Fall bei einem 12jähr. Mädchen wird beschrieben. M. Porosz-Budapest.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Structure du testicule ectopique, en apparence complètement atrophié (Struktur eines ektopischen, völlig atrophisch scheinenden Hodens), von H. de Winiwarter. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 36, S. 1447.) Bei einem 29jähr. Mann wurde ein ektopischer Hoden wegen Hydrozele freigelegt und entfernt, da er völlig atrophisch schien. Die histologische Untersuchung ergab den überraschenden Befund, daß die Samenkanälchen teilweise völlig vorhanden waren und daß alle Stadien der Spermatogenese vorgefunden wurden. Das Zwischengewebe dagegen war nur spärlich entwickelt. Verf. zieht daraus den Schluß, daß es nicht angängig ist, dem Epithel jede hormonale Wirkung zugunsten des Interstitialgewebes abzusprechen. O. A. Schwarz-Berlin.

Action opothérapique du testicule (Die organotherapeutische Wirkung des Hodens, von P. Heredia. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 32, S. 1172.) Verf. fütterte junge Hähnchen mit frischem Stierhoden, und zwar erhielt eine Reihe Versuchstiere 5 g täglich, die andere 10 g. Ein Hähnchen wurde als Kontrolltier mit 5 g rohem Fleisch täglich gefüttert. Nach zwei Monaten wurde ein Teil der Tiere getötet. Ihre Hoden waren größer und weicher als die des Kontrolltieres. Bei zwei Tieren, welche mit 10 g Stierhoden täglich gefüttert worden waren, schien das Wachstum im Vergleich zum Kontrolltier verzögert zu sein. Der Kamm des Kontrolltieres entwickelte sich schneller als der der Versuchstiere, das Gefieder schien dichter zu sein. Als man die Versuchstiere nach 3 Monaten und 10 Tagen tötete, waren ihre Hoden viel kleiner als die des Kontrolltieres. Zur Erklärung dieser Tatsachen wurde ein einjähriger Hahn mit Hodensubstanz gefüttert. Seine Hoden blieben winzig klein, wie auch hier der Vergleich mit einem Kontrolltier zeigte. Die Organverfütterung von Hodensubstanz hat also das Wachstum der Knochen nicht nur nicht angeregt, vielmehr wirkte sie rückbildend. Da aber die Versuchstiere männliche Geschlechtscharaktere behielten, ist anzunehmen, daß die Organotherapie in hormonaler Hinsicht positiv wirkte, nicht aber in substitutioneller Hinsicht. O. A. Schwarz-Berlin.

Halbseitige Gynäkomastie bei gleichseitigem Hodenverlust, von Teligmann-Schwerin. (D. m. W., 1926, Nr. 50, S. 2127.) 19jähr. Mann mit einer voll ausgebildeten weiblichen Brust. Die halbseitige Gynäkomastie ist nach Quetschung mit anschließender Degeneration und völliger Atrophie des Hodens der entsprechenden Seite entstanden. Verf. glaubt an Vago-Sympathikus-Wirkung. F. Harry-Wiesbaden.

Structure d'un testicule de singe greffé à l'homme depuis trois ans et demi (Struktur eines Affenhodens, $3^1/_2$ Jahre nach einer Überpflanzung auf den Menschen), von E. Retterer. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 37, S. 1469.) Verf. hatte Gelegenheit, das Transplantat eines Affenhodens zu untersuchen, welches $3^1/_2$ Jahre vorher von Voronoff überpflanzt war. Während dieser Zeit hatten die günstigen Wirkungen auf den Träger des Transplantats angehalten, wenn das überpflanzte Stück auch zu einer schleimig-gelatinösen Masse geworden war. R. fand jedoch mikroskopisch noch Epithelien, wenn auch in spärlicher Zahl. O. A. Schwarz-Berlin.

Beiträge zur Frage über das Interstitialgewebe des Hodens als Resorptionsorgan (Testes bei Avitaminose B), von W. S. Simnitzky, Histolog. Labor. Med. Fak. Staatsuniv. Kasan. (Virch. Arch., 1926, Bd. 261, H. 1, S. 265.) Verf. erzeugte bei

Digitized by Google

Tauben durch Verfütterung von poliertem Reis eine Avitaminose B. Er konnte nachweisen, daß bei den so ernährten Tieren in 15—20 Tagen eine starke Hodenatrophie mit 7—10facher Verkleinerung der Drüsenmasse entsteht. Die Atrophie wird durch Fettdegeneration und Zerfall des Geschlechtsepithels der Hodenkanälchen erklärt. Die Hauptfolgerung, welche Verf. aus seinen Versuchen zieht, gipfelt darin, daß das Interstitialgewebe bedingungslos als trophisches Hilfsorgan im Hoden anzusehen ist, welches die verschiedenen Stoffe sowohl an die Zellen der Kanälchen abgibt, als auch sie auf dem Wege der Resorption zurückempfängt. O. A. Schwarz-Berlin.

Neue Richtlinien in der Behandlung des mechanischen Aspermatismus, von A. v. Mezö-Budapest. (Zschr. f. urol. Chir., 1926, Bd. 21, H. 1/2, S. 33.) Die Krankheit besteht darin, daß das Sekret des funktionierenden Hodens gelegentlich der Ejakulation nicht in die Harnröhre gelangt. Dann besteht das Ejakulat nur aus dem Sekret der mit der Harnröhre zusammenhängenden Drüsen, enthält aber keine befruchtenden Samenfäden. Die hauptsächlichste Ursache der Erkrankung ist der Tripper. Die Therapie besteht in der Implantation des Samenstranges in den Hoden, dessen Zustand durch eine Hodenpunktion einwandfrei eruiert werden kann. Die Durchgängigkeit des Vas deferens wird dadurch festgestellt, daß man in das halbierte Vas deferens mittels einer stumpfgeschliffenen Kanüle ein mit Indigo gefärbtes schwaches Desinfiziens injiziert. Ist das Vas deferens durchgängig, so muß die blaue Flüssigkeit bald aus der Harnröhrenöffnung heraustreten. Die Einpflanzung des Vas in den Hoden wird dann wohl meistens Erfolg haben und ist nach der Ansicht Posners, Stutzins und der des Verf. unbedingt zu versuchen. A. Rosenburg-Mannheim.

Zur konservativen Behandlung der Nebenhodentuberkulose, von K. Fromlet. Chir. Abt. Städt. Katharinenhosp. Stuttgart. (M. m. W., 1926, Nr. 48, S. 2019.) An Hand von zwei mitgeteilten Krankengeschichten wird die Frage aufgeworfen, ob die Nebenhodentuberkulose auch in Zukunft chirurgisch behandelt werden soll. In dem ersten der beiden mitgeteilten Fälle erkrankte nach einseitiger Kastration auch der andere Nebenhoden. Es wurden 5 Röntgenbestrahlungen in 4wöchigen Abständen verabfolgt. Pat. war bei der letzten Untersuchung etwa $1^1/_2$ Jahre nach erfolgter Heilung noch völlig gesund. Die Geschlechtsfunktion hatte nicht gelitten. Der zweite mitgeteilte Fall betraf eine doppelseitige Nebenhodentuberkulose. Hier wurden im ganzen 7 Röntgenbestrahlungen verabfolgt und klinisch völlige Heilung erzielt. Auch in diesem Fall trat keine Schädigung des Hodengewebes ein. Im ersten Fall wurde mit 20% der HED bestrahlt, im zweiten Fall zuerst mit 10%, dann mit 20% der HED. Gleichzeitig wurde bei beiden Patienten roborierende Kost, Arsen und Höhensonne verabfolgt.
O. A. Schwarz-Berlin.

The Prostate as a Remote Focus of Infection in Ocular Inflamations (Die Prostata als Infektionsherd bei entzündlichen Augenerkrankungen), von W. Zentmayer-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 15, S. 1172.) Unter Beibringung mehrerer Krankengeschichten und Anführung der Literatur wird darauf hingewiesen, daß zahlreiche entzündliche Augenerkrankungen ihre Ursache in infektiösen Prozessen der Prostata haben. Wahrscheinlich handelt es sich hier in der Mehrzahl um nichtgonorrhoische Prostatitiden. Die metastatische Erkrankung kann alle Schichten des Augapfels befallen, jedoch erkranken Glaskörper und Kornea am häufigsten. Die Erkrankung der letzteren sowie eine isolierte Iritis kommen in erster Linie durch den Gonokokkus zustande. Selbstverständlich müssen Prostata und Samenblasen sorgfältig behandelt werden, um ein Ausheilen des infektiösen Augenprozesses zu ermöglichen. Hierbei ist zu beachten, daß eine Behandlung der männlichen Adnexe während einer akut aufgeflammten metastatischen Augenentzündung mit größter Vorsicht durchgeführt werden muß, da eine zu energische Prostatamassage zu erheblicher Verschlimmerung der aktiven Augeninfektion führen kann. Der Ophthalmologe soll also in hartnäckigen Fällen entzündlicher Augenerkrankungen an die Möglichkeit einer metastatischen Infektion denken und gegebenenfalls einen Urologen zu Rate ziehen. O. A. Schwarz-Berlin.

Pour combattre chez les prostatiques la rétention urineuse chronique incomplète sans recourir au cathétérisme (Die Bekämpfung der chronischen inkompletten Harnretention ohne Zuhilfenahme des Katheterismus), von P. de Pollazzi. (Paris méd., 1926, Nr. 46, S. 393—394.) In der zweiten Periode der Prostatahypertrophie, in der chronische inkomplette Retention ohne Dehnung der Blase besteht, gilt es, das gefährliche Katheterisieren zu vermeiden. Die Retention beruht darauf, daß die tiefsten Teile der Blase nicht entleert werden. Damit sich in ihnen kein Urin ansammeln kann, müssen sie mit einer Substanz ausgefüllt werden, die nicht reizt, desinfiziert, größere

Digitized by Google

Dichte besitzt als der Harn und durch ihn nicht verändert wird. Als geeignet für diesen Zweck wurde Sesamöl mit einem Zusatz von 33% Brom befunden; es wird in einer der Retention entsprechenden Menge eingeführt und ungefähr alle 2—3 Monate erneuert. E. Levin-Berlin.

d. Nieren, Ureteren, Harn

Wiederholter Befund von Gonokokken- und Influenzabazillen bei einer Pyelitis, von R. Kopp, Städt. Hyg. Univ.-Inst. Frankfurt a. M. (D. m. W., 1926, Nr. 43, S. 1823.) Im Katheterurin einer an Pyelitis leidenden Patientin wurden innerhalb von 5 Monaten 3mal Influenzabazillen und in der gleichen Zeit 2mal Gonokokken kulturell nachgewiesen. Der Influenzabazillenbefund wurde auch serologisch bestätigt. Der Fall war außerdem noch dadurch bemerkenswert, daß er seinem klinischen Bilde nach an Tuberkulose denken ließ. F. Harry-Wiesbaden.

Ein neuer Weg der Behandlung der Harninfektion, von K. Sternbach, Urol. Station Sofiensp. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 23, S. 661.) In 8 von 20 Fällen von chronischer Infektion der Harnwege, und zwar staphylogener oder gonorrhoischer Natur, wirkte Spirocid in einer Dosierung, die hinter der bei Lues üblichen zurückblieb, überraschend günstig und führte zum Verschwinden von Symptomen, die oft jahrelang bestanden hatten. Bei Koliinfektion erwies es sich als unwirksam.
F. Piorkowski-Berlin.

Retention of Urine in Children with and without Demonstrable Cause (Harnretention bei Kindern mit und ohne nachweisbare Ursache), von F. J. Parmenter und C. Leutenegger-Buffalo. (Am. J. of Child. Dis., 1926, Bd. 32, Nr. 5, S. 692—700.) In vielen Fällen ist eine bestimmte Ursache nicht nachweisbar. Es können Erkrankungen des Rückenmarkes vorliegen, in anderen Fällen Klappenbildungen der Harnröhre. Dies war vielleicht auch der Fall bei einigen Mädchen, obwohl es bisher nicht beobachtet worden ist und Sektionen hier nicht vorgenommen wurden. Aus dem Vorkommen bei Knaben darf allerdings ein Schluß auf die weibliche Harnröhre nicht gezogen werden, da die Entwicklung der weiblichen Harnröhre eine andere ist als die der männlichen.
E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale

Zur Behandlung des nichtgonorrhoischen Fluors, von H. Runge, Univ.-Frauenkl. Kiel. (D. m. W., 1926, Nr. 48, S. 2035.) Erosionen an der Zervix werden 1—2mal in der Woche mit Arg.-nitr.-Stift behandelt, danach legt man einen mit Protargolglyzerin getränkten Tampon vor die Zervix, der am nächsten Tage von der Patientin entfernt wird. Bis zur Abheilung der Erosionen läßt man täglich Scheidenspülungen mit 1%iger Milchsäure- oder Alaunlösung machen. Liegt eine Vaginitis vor, so nehme man eine ein- oder zweimalige Jodierung oder Eingießung von 2%iger Arg.-nitr.-Lösung im Röhrenspekulum vor, danach behandle man mit Milchzucker, Bazillosan oder Acid.-lactic.-Lösung. In jedem Fall von Fluor ist eine gründliche Allgemeinuntersuchung und Berücksichtigung des psychischen Verhaltens der Patienten erforderlich. F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Geh. Med.-Rat Prof. Karl Herxheimer in Frankfurt a. M. wurde zum Ehrenmitglied und Dr. Ernst Sklarz in Berlin zum korrespondierenden Mitglied der Società di Dermatologia e Sifilografia gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 14 (Bd. 84) 2. April 1927

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL LABORATORIES TO BE REMOVED

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Graf Albert-Apponyi-Poliklinik in Budapest (Vorstand: Prof. Dr. Ludwig Török)

Primäre Hauttuberkulose mit metastatischen, periphlebitischen Herden

Von

Dr. Ernst Radnai

In dem untersuchten Falle ließ das klinische Bild und die Erscheinungsfolge der Hautveränderungen darauf schließen, daß sich aus einer auf dem Handgelenk sitzenden, exogenen primären Hauttuberkulose, welche das Bild der Tuberculosis verrucosa cutis aufwies, auf hämatogenem Wege sekundäre Herde an den Extremitäten entwickelten. Unsere Patientin, eine Dörflerin, infizierte sich ihren Angaben gemäß bei ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit, wahrscheinlich beim Melken der Kühe, an ihrem linken Handgelenk. Von dieser Stelle aus gelangten die Bazillen nach kurzer Zeit in den Blutstrom und verursachten auf metastatischem Wege die an den Extremitäten befindlichen periphlebitischen Herde.

Frau E. K., 51 Jahre alt; ihre Mutter lebt, ist 83 Jahre alt und gesund. Der Vater starb vor 20 Jahren nach kurzem Krankenlager an einem schweren Lungenleiden (Miliartuberkulose?). Sie selbst erinnert sich an keine infektiöse Kinderkrankheit. Seit 25 Jahren verheiratet, schenkte sie während dieser Zeit vier gesunden Kindern das Leben. Abortus wird verneint. Vor einem Jahre überstand sie eine mit Lungen- und Brustfellentzündung komplizierte schwere spanische Grippe. Ihr Hautleiden datiert seit einem halben Jahre, als auf dem linken Handgelenk eine kleine rötliche Effloreszenz entstand, die sich langsam vergrößerte und bis zur jetzigen Dimension anwuchs. Die übrigen Hautausschläge entstanden vor 3 Monaten, und zwar erst am linken Oberarm, dann an beiden Unterschenkeln, der jüngste Ausschlag in der rechten Ellbogenbeuge besteht seit 3 Wochen.

Status am 12. III. 1925: Ulnarwärts auf der Streckseite des linken Handgelenkes sitzt ein kronenstückgroßes, leicht gerötetes, mit steilen Rändern das Hautniveau überragendes, die ganze Lederhaut umfassendes, derb anfühlbares Infiltrat, in dessen Mitte die Haut warzig, im Zentrum abgeflacht und stellenweise von eingetrockneten Borken bedeckt ist. Auf der Höhe dieses Gebildes sind einzelne in die Tiefe reichende Öffnungen sichtbar, aus denen sich auf Druck ein trübes Sekret entleert. Das Gebilde selbst ist mit der Haut leicht verschiebbar und mit den tieferen Schichten nicht verwachsen. In der linken Ellbogenbeuge sitzen bohnengroße, rote, das Niveau der Haut leicht überragende, insbesondere die Kutis und die oberflächliche Schicht des subkutanen Gewebes infiltrierende rundliche Knoten; ähnliche Veränderungen sind auf der Außenfläche des oberen Drittels beider Schenkel sichtbar, auf welchen Stellen bohnengroße, bis in die Subkutis reichende hyperämische, zellig infiltrierte, von den tieferen Hautschichten leicht abhebbare derbe Knötchen zu fühlen sind, die sich rosenkranzartig aneinanderreihen.

Bakteriologische Untersuchung: Das mit einer Spritze aspirierte Exsudat des am linken Handgelenk befindlichen Herdes lieferte ein negatives Resultat.

Digitized by Google

Lungendurchleuchtung: Die rechte Lungenspitze ist mäßig verdunkelt, der rechte Hilus etwas verdichtet; an der medialen Wand des rechten Brustfelles sind Adhäsionen bemerkbar.

Kutanreaktion auf Tuberkulin: 0,02 ccm einer Alttuberkulinlösung von 1:1000: Am rechten Oberarm entsteht nach 24 Stunden ein 7—8 mm großer hyperämisch-ödematöser, in der linken Ellbogenbeuge ein 5—6 mm großer hyperämisch-ödematöser, entzündlicher Herd. Beide Herde blieben 2 Wochen hindurch bestehen.

Histologischer Befund: Exzision aus dem am linken Oberarm sitzenden Knoten. Das exzidierte Präparat wurde en bloc mit Alaunkarmin und Weigertschem Resorcin-Fuchsin auf elastische Fasern gefärbt. In den Serienschnitten ist eine typische tuberkuloide Struktur sichtbar. In einer Vene der Subkutis ist eine Thrombophlebitis nachweisbar. Im Zentrum des Knotens färben sich die Zellkerne des in der Umgebung der Vene befindlichen Infiltrates schwächer. Der histologische Befund bestätigte die Annahme, die sich schon aus der klinischen Beobachtung ergibt, nämlich daß die tief in der Kutis und in den oberen Schichten der Subkutis gelagerten Herde Thrombophlebitiden sind.

Die auf dem linken Handgelenk bestehende Tbc. verruc. cutis ist allem Anschein nach exogener Herkunft. Dafür spricht die Anamnese unserer Patientin. Auch die klinische Erfahrung zeigt, daß bei exogenem Ursprung die verruköse Form die häufigere ist. Gegen die lymphogene Herkunft spricht der Umstand, daß in den unter dem Herde gelegenen subkutanen Organen (Sehnen, Gelenke, Knochen) keine krankhafte Veränderung besteht. Die übrigen an den Armen und Schenkeln bestehenden Herde sind hämatogener Natur. Dies beweist erstens die Tatsache, daß dieselben in ziemlich symmetrischer Lagerung an prädilektionellen Stellen der hämatogenen Infektion in kurzer Zeit nacheinander entstanden sind, des weiteren, daß sich sowohl klinisch als histologisch eine Thrombophlebitis feststellen ließ.

Aus dem Dermatologischen Stadtkrankenhaus Hannover

Über Erythema annulare centrifugum acutum multiplex

Von

Prof. Dr. Stümpke

Liebner und Fenyö veröffentlichen in Nr. 46, Bd. 83 dieser Zeitschrift 2 Fälle mit obiger Benennung, die mir nicht nur deshalb Veranlassung geben, kurz auf die damit angeschnittene Frage einzugehen, weil mir der Zufall ungefähr gleichzeitig einen ganz ähnlichen Fall in der Poliklinik zuführte, sondern weil offenbar auch bezüglich der Nomenklatur einige Ausführungen zu machen wären.

Liebner und Fenyö beschreiben in ihrer kurzen Publikation 2 Fälle, bei denen es zunächst an einer Stelle zum Auftreten einer lebhaft rot gefärbten, ödematösen Effloreszenz mit zum Teil urtikariellem Charakter kommt, der sich im Laufe weniger Tage eine Reihe anderer, ähnlich beschaffener, mehr oder weniger entfernt liegender Knoten anschließen. Gemeinsam ist der Mehrzahl der beschriebenen Flecke die wenigstens bei den größeren Stellen auffallende ringförmige, wallartige Gestaltung der Peripherie bei zentraler Dellenbildung, die öfter lividrote bis livide Verfärbung, die relativ starken subjektiven Beschwerden, die schnelle Rückbildung — 2 Wochen!

Digitized by Google

Übersieht man die Literatur der letzten 10 Jahre, so stellt man zunächst fest, daß obiger Name bisher kaum gebraucht wurde, wenn wir von der Bezeichnung des Erythema centrifugum annulare Brocq absehen wollen, daß aber andererseits unter dem Namen annuläre Erytheme recht verschiedene Krankheitsbilder beschrieben worden sind: Einmal treffen wir auf Beschreibungen, die die Effloreszenzen als rein makulöse Ringe charakterisieren, ohne irgend welchen Infiltrationsvorgang — Lehndorf, Dohi —, auf der anderen Seite wird der urtikarielle Charakter, insbesondere der wallartigen Peripherie, stark betont — Little, Sklarz —. Teils handelt es sich um Krankheitsbilder von kurzer Dauer, teils um solche, die oft rückfällig werden und sich über viele Jahre erstrecken. So teilt Dohi einen Fall von Erythema annulare bei einem 26jähr. Manne mit, der mit Unterbrechungen seit 16 Jahren besteht. Auch die Anzahl der Effloreszenzen scheint in den Beobachtungen sehr wechselnd zu sein: zum Teil einige wenige Herde, zum Teil ausgedehnte Exantheme. Hierauf fußend teilt Mibelli diese Erytheme in drei verschiedene Gruppen ein: In der ersten vereinigt er die isolierten Ausschläge, aus nur einem Element bestehend; die zweiten Typen sind nach seiner Ansicht zwar auch auf einen kleinen Bezirk beschränkte Effloreszenzen, die aber doch wenigstens aus mehreren einzelnen Morphen bestehen; die dritte Form der annulären Exantheme endlich sind nach Ansicht von Mibelli die diffusen und generalisierten Eruptionen.

Nun hat bekanntlich auch Dabier zur Frage dieser annulären Erytheme Stellung genommen und einen großen Teil dieser Formen zusammengefaßt unter dem Namen: Erythèmes papulo-circinés migrateurs et chroniques, eine Bezeichnung, die den mancherlei Erscheinungsformen dieser Krankheitsbilder offenbar in weitem Grade gerecht wird; es kommt darin zum Ausdruck, daß es sich um einfache, sozusagen makulöse Erytheme handeln kann; ferner wird auch der oft beobachtete papulöse Charakter der Morphen betont — hierzu würden auch die urtikariellen Typen gehören —, weiter die annuläre Beschaffenheit mit der Tendenz der peripheren Weiterverbreitung im Wesen dieser Effloreszenzen (circinés et migrateurs), und endlich auch die Tatsache der häufigen Rezidive hervorgehoben (chroniques). Es fragt sich, ob dieses letztere eine absolute Conditio sine qua non ist, oder vielmehr auch rein akute und völlig ausheilende Formen vorkommen, wie offenbar Liebner und Fenyö in ihrem vor kurzem erschienenen Artikel meinen, und wie es auch in meiner nur kurzen, unten mitgeteilten Beobachtung den Anschein haben könnte, oder ob vielmehr auch in diesen Fällen die Rezidive bei längerer Beobachtung sich einstellen würden. Nach meinem Dafürhalten würde dieser Unterschied nichts Wesentliches, Prinzipielles darstellen, vielmehr mit im Rahmen der Nomenklatur Dariers zu fassen sein.

Die von Liebner und Fenyö noch erwähnten Krankheitsbilder des Erythema migrans (Lipschütz) und Erythema exsudativum multiforme kommen aus den gleichen Gründen, wie bei Liebner und Fenyö hervorgehoben, nicht in Betracht.

Daß auch solche Krankheitsbilder im Zusammenhang mit Tuberkulose beschrieben sind, sei noch kurz erwähnt. Spiethoff weist in

Digitized by Google

einem Falle auf das Übergehen eines Erythema annulare centrifugum in ein Erythema Bazin hin — Sitz an den Unterschenkeln —, in einem zweiten Falle hat er eine positive Pirquetreaktion beobachtet. Spiethoff hält auf Grund dieser beiden Tatsachen die tuberkulöse Natur dieser Erytheme für gesichert; eine Auffassung, die laut der in der Literatur niedergelegten Ansicht doch offenbar nicht für alle Fälle zutreffen dürfte; interessant ist, daß es sich in beiden Fällen um ein chronisches reines Erythem mit zentrifugalem Wachstum handelte, und ferner, daß in dem einen Falle das histologische Bild dem des Erythema Bazins ähnlich war.

Der von mir jüngst beobachtete Fall lag folgendermaßen:

19. XI. 1926. W. J., 37 Jahre, Handwerker.

Anamnese: Seit 8 Tagen an der linken Gesäßhälfte aus einer kleinen „Pickel" unter heftigem Brennen und Juckreiz eine Schwellung bis zur jetzigen Größe entwickelt, der seit ein paar Tagen links wie rechts noch weitere Stellen gefolgt sind.

Status praesens: An der rechten Gesäßhälfte eine handtellergroße, ziemlich scharf abgegrenzte Effloreszenz, mit wallartigem Rand, fast urtikariell mit lividroter Verfärbung, aber ohne jede Schuppung. Die zentralen Partien heller, mehr rein rötlich, weniger infiltriert, oberflächlich kleienförmig schuppend. Rechts kleinere Effloreszenz, Zentrum deutlich gedellt, etwas livid; Schuppung nicht erkennbar; in der Umgebung einige bohnengroße urtikarielle Knoten, dunkelrot, nicht livid, ohne Schuppung, ohne anämischen Hof. Endlich an beiden Gesäßpartien eine Reihe follikulärer, zum Teil dicht stehender, ganz oberflächlicher Pusteln.

22. XI. Nach 3,0 Olobinthin und 3tägiger Applikation einer 2%igen Tumenolammoniumvaseline die größte Effloreszenz sehr zurückgegangen, Rand flacher, Farbe nicht mehr so intensiv; auch die anderen in deutlicher Involution. Ganz besonders Nachlaß der subjektiven Beschwerden, des Brennens und Juckreizes.

26. XI. Die Erscheinungen, auch die follikulären Pusteln, fast völlig zurückgegangen; WR und MR negativ, Ponndorf positiv.

Wenn auch der mitgeteilte Fall infolge zu kurzer Beobachtung und fehlenden histologischen Befundes keinen Anspruch auf große Berücksichtigung erheben kann, so gibt er doch Veranlassung, zumal nach der Publikation von Liebner und Fenyö, ihn kritisch zu erörtern:

Ohne Zweifel gehört er in die Gruppe der oben skizzierten Krankheitsbilder, mag man ihn nun als Erythema annulare centrifugum oder im Sinne von Darier als Erythème papulo-circiné migrateur et chronique bezeichnen. Klar sein muß man sich darüber, daß die Bezeichnung Erythem nicht wörtlich zu nehmen ist, daß vielmehr auch papulöse Effloreszenzen oder wie in unserem und manchem anderen Falle auch urtikarielle Morphen das klinische Bild beherrschen. Der von mir kurz mitgeteilte Fall würde als akute Eruption im Sinne von Liebner und Fenyö zu bezeichnen sein, dagegen wohl kaum als multiplex, wenn auch einige wenige Effloreszenzen in der Umgebung der ersten größeren sich anschlossen; vielmehr müßte man ihn wohl der Gruppe 2 von Mibelli zuerkennen, wenn man diese Einteilung lediglich nach der Lokalisation bzw. der Ausbreitung der Herde anerkennen will. Die wichtigste Frage scheint mir aber unter Berücksichtigung der Fälle von Liebner und Fenyö, ob man an der Identität der akuten und chronischen Formen festhalten soll, vor allem unter Berücksichtigung der Möglichkeit, daß sich bei unseren akuten Fällen später Rückfälle einstellen können. Ich würde trotz allem dafür eintreten, wenn mir auch die prinzipielle Bedeutung nicht erheblich zu sein scheint, die Be-

Digitized by Google

zeichnung des Wörtchens akut der sonstigen Bezeichnung zuzufügen, weil dadurch ja doch zunächst ein wichtiges Merkmal im Ablauf der Affektion gekennzeichnet wird; im übrigen dürfte bezüglich der Verwandtschaft dieser einzelnen Zustände ziemliche Klarheit herrschen.

Weniger geklärt erscheint mir die Frage der Ätiologie, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann. Was den von mir skizzierten Fall anbelangt, so halte ich es für möglich, daß die in der Umgebung der erwähnten Herde aufgeschossenen follikulären Eiterungen durch Resorption der örtlichen Toxine das urtikarielle Krankheitsbild hervorgerufen haben. Es würde sich in diesem Falle also um eine rein örtliche Ursache bei dem Erythema annulare acutum handeln.

Literatur

Liebner und Fenyö. Derm. W., Bd. 83, Nr. 46. — Lehndorf, H., Erythema annulare rheumaticum. Mittl. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderhlk., Wien 1921, Jahrg. 20, S. 209—211. — Dohi, K., A Case of Erythema Annulare. Jap. J. of Derm. a Urol., 1923, Bd. 39, Nr. 3, S. 254—258. — Little, E. G. Graham, Case of Erythema Circinatum. Proc. of the Roy. Soc. of Med., Bd. 17, Nr. 6, Sect. of Derm., 1924, S. 56. — Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 8; 1925, Bd. 17. — Sklarz, Ernst, Über annuläre Erytheme. Derm. W., 1922, Bd. 75, Nr. 32, S. 796—800; Zbl. f. Haut- u. Geschhlechtskrkh., 1923, Bd. 6. — Mibelli, Agostino, Sugli eritemi annulari centrifughi. Osservazioni cliniche, anatomopatologiche e note critiche. Giorn. ital. delle mal, vener., 1924, Bd. 65. — Spiethoff, B., Das tuberkulöse Erythema annulare centrifugum. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 132.

Aus der I. inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses (Chefarzt: Prof. Huber) in Berlin-Schöneberg

Neue Tätowierungsphänomene

Von

Dr. med. Brose in Berlin-Friedenau

Mit 2 Abbildungen im Text

Durch zahlreiche Veröffentlichungen in den letzten Jahren wurde die Aufmerksamkeit auf die Haut gelenkt als ein Organ, das für die Diagnose gewisser Krankheiten und körperlicher Veränderungen nicht zu unterschätzende Dienste leisten kann. Die Aufgabe dieser Zeilen ist es, auf einige neue Phänomene hinzuweisen, die an tätowierten Hautstellen erstmalig beobachtet werden konnten.

Die von mir vor $1^1/_2$ Jahren untersuchten Patienten waren mit den Farben Blau und Zinnoberrot tätowiert. Bei der blauen Farbe war als Material in den meisten Fällen chinesische Tusche benutzt, in den übrigen Fällen Ruß und Urin. Beruflich bewegten sich die Untersuchten in denselben Schichten, wie schon mehrfach beschrieben worden ist. Von den Untersuchten waren in Behandlung 60% wegen innerer nnd 40% wegen chirurgischer Erkrankungen. 45% waren mit Tuberkulose und 30% mit Lues behaftet; als Grund hierfür wird in der Literatur meist Infektion mit der durch Belecken zum Stechen benutzten Nadel angegeben. Von ihnen boten 40% das Bild der nach v. Bergmann „vegetativ Stigmatisierten". Durch verschiedene Arten von Reizen ließen sich an den tätowierten Hautpartien, besonders den Streck- und Beugeseiten der Extremitäten, eigenartige Phänomene auslösen, die selbst die Patienten im Laufe der Jahrzehnte nie bemerkt hatten. Schon Riecke (1) sagte: „Weniger belangvoll ist die übrigens nicht allgemein anerkannte Beobachtung, daß tätowierte Stellen sich in einem dauernden Reizzustande befinden. Hier wiederum ist dabei interessant, festzustellen, daß besonders die blau tätowierten Stellen sich überempfindlich erwiesen, während Zinnobertätowierungen

Digitized by Google

einen gewissen Schutz der Haut verleihen sollen." Aussig (2) beobachtete pallidomatöse Entzündungen im Bereiche von Zinnobertätowierungen und nahm eine Zinnoberdermatitis an, infolge Hg-Überempfindlichkeit des Gewebes.

Bei meinen Untersuchungen wandte ich drei verschiedene Reizformen an: mechanische, aktinische und chemische. Die mechanische Reizung bestand in zehn leichten Klopfschlägen auf die Haut oder leichtem Reiben der Haut. Nach 10—15 Minuten konnte man mit bloßem Auge bei auffallendem Lichte bemerken, wie die blauen Tätowierungen ödematös anschwollen und nach 15 Minuten wie eine künstlerische Plastik auf der Haut lagen. Nach 30 Minuten erschien die Haut wieder normal. Ganz auffallend hierbei war es, daß die rottätowierten Stellen nicht mit anschwollen. Ich nahm statt der chemischen (Hg-) eine optische Einwirkung auf die rottätowierten Stellen an. Diese Annahme fand ihre Bestätigung darin, daß, wenn man die Haut mit einem blauen Tuch abdeckte und reizte, die blauen Tätowierungen stark anschwollen, die roten nur andeutungsweise. Wurde die Haut mit einem roten Tuch abgedeckt und gereizt, schwollen die roten

Abb. 1. Normales Tätowierungsbild. (Beugeseite des r. Unterarms)

Abb. 2. Dasselbe 15 Min. nach der mechanischen Reizung

Tätowierungen empor und die blauen nur in geringem Maße. Dieselben Versuche wurden mittels Bestrahlung von Blaulicht- und Rotlicht-Bogenlampen unternommen und gaben dieselben Erscheinungen. Bei rotem Licht reagierte auch die blaue Tätowierung, aber nur in geringem Maße. In vereinzelten Fällen wurde eine Reactio reflexiva beobachtet, d. h. bei Reizung am Oberarm traten die Erscheinungen auch am Unterarm mit auf.

Die aktinischen Reize bestanden in soeben beschriebener 10 Minuten langer Bestrahlung mit Rot- oder Blaulicht oder 15 Minuten langem Einlegen der Extremität in heißes Wasser. Der Effekt war derselbe wie bei den mechanischen Reizen. Bei mehreren Wiederholungen innerhalb weniger Stunden fielen die Reaktionen ständig schwächer aus. Der Grad der Reaktion war an den einzelnen Körperpartien verschieden, am stärksten an den Beugeseiten der Arme, dann abnehmend Streckseiten der Arme, Rücken, Brust, Beine und am schwächsten im Gesicht.

Vor einigen Jahren hatte Rothman (3) oxydative Vorgänge im Hautpigment nach Lichteinwirkung beobachtet und glaubte durch die lichtbewirkten Änderungen einen Beweis für die Anschauung erbracht zu haben, daß Veränderungen an der Haut den Gesamthaushalt tiefgehend beeinflussen können, während Groër (4) meinte, daß die aktinischen

Digitized by Google

Reize auf Verminderung der vasomotorischen Hautbereitschaft beruhten. In Übereinstimmung mit den Dermoreaktionen spielte bei meinen Untersuchungen eher die Qualität als die Intensität des Reizes eine ausschlaggebende Rolle.

Die chemischen Untersuchungen wurden in Anlehnung an die Reizproben von Groër und Hecht (5) angestellt und ergaben keine Abweichung von den durch sie gemachten Beobachtungen.

Bei Tätowierungen, die mehr als 30 Jahre zurücklagen, ließen sich nur die blau tätowierten Stellen in ganz geringem Maße reizen.

Durch photographische Aufnahmen der blauen gereizten Stellen mittels orthochromatischer Platten ließ sich der Effekt wahrnehmen derart, daß die Tätowierung der nicht gereizten Stellen durch die Haut durchscheinend erschien, während die Tätowierung der gereizten Stellen als dunkle Hautmalerei wirkte. (Abb. 1 und 2.)

Bei einigen ad exitum gekommenen Fällen ergab die histologische Untersuchung exzitierter Tätowierungen den ähnlichen Befund, wie ihn Cattani (6) beschrieb, nämlich daß bei alten Tätowierungen die Farbstoffmasse festen Punkten anlag, und zwar den Gefäßen, deren Perithelien vermehrt waren. In unseren Fällen lag die Farbstoffmasse rund um die Lymphgefäße herum und füllte die umgebenden Lymphspalten aus.

Nach meiner Ansicht beruhen die Reaktionen dieser Reize wahrscheinlich auf einer Schädigung des lymphagogen Systems mit parallel einhergehenden Veränderungen im vasomotorischen Hautsystem.

Unbeantwortet muß die Frage bleiben, warum die blauen und roten Tätowierungsstellen sich bei gleichartiger Reizung verschieden verhalten.

Vor kurzem hat Bettmann (7) seine Beobachtung über einige dieser Phänomene veröffentlicht, die er besonders durch Reiben auslöste, während bei unseren Patienten sich das Beklopfen der Haut als sicherste Provokation erwies. Jedoch möchte ich sehr bezweifeln, daß — wie Bettmann meint — seit dem Kriege das Tätowieren bei unserer einheimischen Bevölkerung vollständig außer Mode gekommen sei, da man auch jetzt noch das häufige Tätowieren bei der seefahrenden Bevölkerung beobachten kann, ebenso wie ich auch mehrfach Leute untersucht habe, die sich vor und in der Inflationszeit tätowieren ließen, um sich für Geld zur Schau zu stellen.

Literatur

1. Das Tätowierungswesen im heutigen Europa. 1925. — 2. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123. — 3. Kl. W., 1923, Nr. 19. — 4. Kl. W., 1923, Nr. 31/32. — 5. Die Haut als Testobjekt. 1925. — 6. Das Tätowieren. 1922. — 7. Derm. W., 1927, Nr. 1.

Gleichzeitiges Vorkommen von spitzen Kondylomen und Warzen im Gesicht nebst Keloidbildung

Von

Dr. H. Mühlpfordt in Allenstein

Seit den Untersuchungen von L. Waelsch (1), E. Frey (2), K. Brandes (3) und H. Martenstein (4) ist die Entstehung von spitzen Kondylomen, planen und vulgären Warzen durch dasselbe — filtrierbare — Virus gesichert.

Hierhin gehört auch folgender Fall:

2. XI. 1926. G. B., ♀, 19 Jahre. Nie geschlechtskrank, nie Ausfluß. Vor 7 Jahren ein wie ein kleines Bäumchen aussehendes „Wärzchen" an der rechten Backe, das Pat. — nachdem es nur minimal gewachsen war — vor 3 Jahren „ausbrennen" ließ. Wenige Tage danach eine Aussaat von Wärzchen über die ganze Backe. Verschiedene eigene Versuche, sie abzureißen, abzuschneiden oder mittels Zwirnsfadens abzudrosseln, mißlangen unter beträchtlicher Blutung. Befund: $1^1/_2$ cm vom rechten Mundwinkel nach unten und lateral und in gleicher Richtung 1 cm weiter zwei $^1/_2$ cm hohe, spitzkegelförmige, verästelte blaßrote Geschwülstchen, ein drittes $1^1/_2$ cm unter dem rechten Nasenflügel. In der Umgebung dieser Geschwülstchen, über Backe, Oberlippe und Schläfengegend verteilt, zahlreiche runde, wenig erhabene, bis pfefferkorngroße weißgelbliche Geschwülstchen, deren

Digitized by Google

Oberfläche leicht gekörnt erscheint. Außerdem an den Backen mehrere Milien. An der linken Halsseite ein strichförmiger, 4 1/2 cm langer Naevus pigmentosus verrucosus, der durch ein kleinerbsengroßes gestieltes Fibroma pendulum seinen Abschluß findet. Mundhöhle und Genitalien frei von warzigen Bildungen. Am linken Daumen eine erbsengroße Verruca vulgaris. Früher sollen auch andere Warzen der Hand bestanden haben. Diagnose: Spitze Kondylome und plane Warzen an Backe, Oberlippe und Kinn, gewöhnliche Warze am Daumen. Therapie: Entfernung der Kondylome und der größeren planen Warze mittels Kaltkaustik, innerlich As. 17. I. 1927. Die kaltkaustisch entfernte Warze verschwunden, erneute Aussaat von winzigen spitzen Kondylomen und planen Wärzchen um die früher entfernten herum. Entfernung mittels Kaltkaustik. Die Narben der früheren kleinen Operationsstellen sind nicht, wie das nach kaltkaustischen Operationen die Regel ist, ebenso wie die noch derbere Narbe der viel früher von einem anderen Arzt mittels Thermokauter entfernten Warze, zart und fein, sondern leicht keloidig entartet, derb und leicht erhaben. Ebenso ist der strichförmige Naevus am Hals zwar verschwunden, doch ist auch hier die Narbe derb und erhaben.

Wir sehen also in meinem Fall die 3 verwandten Formen der Warzen auf der äußeren Haut auftreten. Spitze Kondylome findet man auf der Haut nicht eben selten, besonders da, wo sie durch Sekrete, z. B. Eiter aus der Vulva oder aus dem Gehörgang [Kerl (5), Forschner (6)] oder Schweiß mazeriert ist, doch kommt es hier selten zu so ausgedehnten Wucherungen, wie sie z. B. Richter (7) beschreibt. Im Gegenteil haben spitze Kondylome der äußeren Haut in der Regel eher ein mehr zusammengedrücktes, blumenkohlartiges Aussehen im Gegensatz zu den hochwuchernden, vielverzweigtes Strauchwerk bildenden Feigwarzen der Schleimhaut. Plane Warzen sitzen bekanntlich mit Vorliebe auf den Handrücken und im Gesicht, während der Lieblingssitz der vulgären Warzen die Finger, Ulnarflächen der Hände, der Zehen, des Fußrandes — seltener das Gesicht und andere Stellen — sind. Mir scheint also, daß an den Stellen harte Warzen entstehen, wo das Virus eine Haut vorfindet, die leicht äußeren Schädigungen, wie Stößen, Druck des Schuhes u. a. ausgesetzt ist. An diesen Stellen ist von Natur die Hornschicht besonders dick, während plane Warzen zarte Haut, deshalb besonders die Haut von Kindern, bevorzugen. So beobachtete ich in der Praxis bei einem jungen Mädchen eine Verruca vulgaris in der inneren Hautfalte über dem linken Interphalangealgelenk des rechten kleinen Fingers und eine plane Warze in der zarteren Haut über dem Grundglied des 5. Fingers zwischen den Gelenken. Ich selbst bekam vor mehreren Jahren unter dem Nagel des linken 3. Fingers eine gut kirschkerngroße Warze, die ich chirurgisch entfernen ließ. Etwa ein halbes Jahr später sah ich an der Dorsalseite desselben Fingers mehrere plane Warzen entstehen, die ich entfernte. Ein Vierteljahr danach traten auf dem linken Handrücken ebenfalls einige sehr kleine plane Wärzchen auf. Schornhof (8) zeigte einen Fall mit spitzen Kondylomen im rechten Mundwinkel (an Lippenrot und Wangenschleimhaut), die nach Ätzung rezidivierten und wo sich gleichzeitig eine Aussaat einzelner planer Warzen an der Haut der rechten Wange bildete. Das Warzenvirus entfaltet also je nach der Struktur des Nährbodens, den es antrifft, verschiedene Erscheinungsformen. Histologisch findet man bei vulgären keratoiden Warzen eine mächtige Hyperplasie der Hornschicht und eine geringe des Papillarkörpers, bei akanthoiden tritt besonders die Hyperplasie der Stachelzellen hervor; bei juvenilen Warzen sieht man eine umschriebene Hyperplasie des Rete Malpighii ohne Hyperkeratose oder mit mäßiger Parakeratose. Brandes (3) fand auch bei vulgären Warzen in ihrem Anfangsstadium eine starke Wucherung der Basalzellenschicht, deren einzelne Zellen zahlreiche Mitosen aufwiesen. Hier sitzt nach Brandes das Virus. Nach der Überimpfung entsteht nun diejenige Form der Warzen, deren anatomischer Bau der gerade betroffenen Hautstelle am gemäßesten ist. Es dürften also dicker straffer Haut vulgäre Warzen, keratoide Form, entsprechen, etwas dünnerer Haut, z. B. Gesichtshaut, vulgäre Warzen, akanthoide Form, sehr zarter Haut mit dünner Hornschicht plane Warzen, dem Epithel der Schleimhaut aber spitze Warzen. Bei diesen zeigte Brandes (3), daß sie nicht da entstehen, wo Trippereiter oder ein Primäraffekt die Schleimhaut vernichtet hat, sondern an der Stelle auf dem unverletzten Schleimhautepithel. Aschoff (9) betont, daß sich Fibroepitheliome je nach ihrer Wurzelschicht anders verhalten: die „harten", verhornenden Papillome entstammen dem Pflasterepithel, die aus Flimmerepithel oder aus Übergangsepithel (Blase) entstehenden sind „weich", d. h. viel feinzottiger, noch gefäßreicher, zierlicher.

Ähnliche Erscheinungen wie bei den Warzen sehen wir auch sonst in der Dermatologie: auf seborrhoischer Haut haben syphilitische Papeln ein anderes Aussehen als

Digitized by Google

auf normaler Haut; die Psoriasis der Ellenbogen und Knie ist bekanntlich hartnäckiger und therapeutisch schwerer beeinflußbar als an anderen Stellen, weil sie in der dicken Haut der Ellenbogen und Knie fester verwurzelt ist; der gleiche Gletscherbrand ruft auf der Haut an den Lippen leicht Blasenbildung, an der übrigen Gesichtshaut nur ein starkes Erythem hervor; Flohstiche zeigen bei den meisten Menschen einen roten Punkt mit rosa Hof, während exsudativ-diathetische mit Quaddelbildung reagieren wie nach Wanzenstichen.

So werden auch Waelschs Impfversuche verständlich: auf der Genitalschleimhaut rief die Impfung mit einem Exprimat aus spitzen Kondylomen natürlich Feigwarzen, am eigenen Arm (linke Vorderbeuge) eine Verruca vulgaris hervor. Hätte W. seinen Handrücken geimpft, so wären höchstwahrscheinlich plane Warzen entstanden. Serra (10) impfte sich Kondylombrei aus dem Sulcus praeputii auf den Daumen: Verruca vulgaris nach $5^1/_2$ Monaten; dem Pat. auf den Thenar: Verruca vulgaris; einer Frau auf die Suprapubesgegend: spitze Kondylome. E. V. Ullmann (11) ritzte ein Kind, dem er operativ Kehlkopfpapillome entfernte, versehentlich an der Lippe, und zwar an der Haut dicht an der Schleimhautgrenze: es entstanden hier und im Gesicht plane Warzen. Ebenso bildeten sich an U.s Oberarm, wohin er Kehlkopfkondylombrei verimpfte, flache Warzen, die sich später in spitze Kondylome umbildeten.

Solche Umbildung planer Warzen in papillomatöse sah auch Brandes (3). Diese Umbildung sowie das Vorkommen von vulgären Warzen auf Schleimhaut — Olson (12) sah bei einem 13jährigen Jungen mit zahlreichen harten Warzen an den Händen je eine solche auf Zungenrücken und Lippen — und von Feigwarzen auf der Haut beweist aber, daß die Bindung an die Struktur des Nährbodens keine strenge ist. Indessen kamen sich bei meinem Fall die spitzen Kondylome doch auf dem nicht artgemäßen Boden wohl selbst etwas deplaziert vor, denn ihr sonst auf Schleimhäuten räumlich und zeitlich oft rapides Wachstum blieb Jahre hindurch kümmerlich.

Auch Übergangsformen zwischen den einzelnen Warzenarten sind beobachtet, so beschreibt Jadassohn Warzen mit „mosaikartiger Felderung", die zwischen planen und papillomatösen Warzen stehen.

Bemerkenswert erscheint mir in meinem Fall das Vorhandensein eines Naevus linearis verrucosus pigmentosus am Halse, an dessen Ende ein kleines weiches Fibrom saß, sowie besonders die keloidige Entartung der Haut nach Abheilen der operativ entfernten Warzen. Demnach besteht bei dem Mädchen nicht nur eine Disposition zu Hautgeschwülsten, die von der Basalzellenschicht ausgehen (Warzen und Naevus verrucosus), sowie zu Fibroepitheliomen, sondern auch zu echten Bindegewebsgeschwülsten (weiches Fibrom und Keloide). Man wird also vielleicht bei Warzenträgern nicht nur an eine Disposition zu Warzen, wie sie Brandes (3) annimmt — er betont als begünstigend Jugend des Befallenen, Feuchtigkeit und Verwundbarkeit der Haut —, sondern an Disposition zu Geschwulstbildungen überhaupt denken müssen.

Dafür scheint mir sehr der von E. Hoffmann (13) vorgestellte Fall zu sprechen, bei dem sich harte Warzen neben vielen planen fanden. „Übergang von Warzen in Epitheliom", sagte Hoffmann, „ist hier an den Händen wahrscheinlich, wenn auch dem senilen Keratom ähnelnde Bildungen im Gesicht neben vielen planen Warzen vorhanden sind." Ebenso scheinen die von Oppenheim (14) vorgestellten multiplen tumorartigen verhornten Papillome des Beines nach Schußverletzungen einen Übergang von benignen zu malignen Geschwülsten zu bedeuten. Solche Übergangsformen dürften auch die in letzter Zeit häufiger beobachteten Riesenkondylome sein, trotzdem histologisch niemals eine maligne Entartung festgestellt werden konnte. Jadassohn (15) sagte bei der Vorstellung solcher Riesenkondylome: „Diese Fälle mit ihrem für Condyl. acumin. ganz außergewöhnlichen Verlauf lassen an Virulenzsteigerung des Erregers denken." Möglicherweise kommt eine allgemeine Disposition zur Geschwulstbildung auch hier hinzu. Weitere Fälle solcher Riesenkondylome stellten Zuleger (16) und Buschke (17) vor. Auch hier sprach das ganze Bild für eine maligne Wucherung, ohne daß der Pathologe Anzeichen eines Karzinoms nachweisen konnte. Buschke (17) mußte nach vergeblichem Versuch mit Radiumnadeln die Amputatio penis vornehmen, während Jadassohn (15) bei seinen nicht ganz so ausgedehnten Fällen noch mit Röntgenbestrahlung Heilung erzielen konnte. Über 3 weitere Fälle von infiltrierend wachsenden spitzen Kondylomen des Penis, die klinisch besonders wegen ihres Vordringens in die Corpora cavernosa als maligne Tumoren imponierten, berichten Buschke und L. Löwenstein (18). Auch hier war histologisch nur die Diagnose Condyl. acumin. zulässig. Von diesen 3 Kranken mußten 2 amputiert werden. Auch bei einer Frau mußte wegen hemmungslosen Wachstums histologisch

Digitized by Google

einwandfreier spitzer Kondylome die Amputation des graviden Uterus vorgenommen werden, da die Tumoren nicht zu beeinflussen waren, die Anämie immer mehr zunahm und die Gefahr aufsteigender Infektion immer größer wurde [Wiese (19)].

Diesen Fällen von Riesenkondylomen möchte ich noch einen von mir 1922 beobachteten anreihen, bei dem die papillomatösen Wucherungen nicht nur von Eichel, Vorhaut, Penisschaft und Harnröhre ausgingen, sondern bis in das suburethrale Gewebe reichten. Deswegen und wegen der Leistendrüsenschwellungen hielten ich und der zugezogene Chirurg die Amputation für notwendig. Der Kranke hat, wie ich kürzlich feststellte, kein Rezidiv bekommen. Der Pathologe Kaiserling, dessen Institutssammlung ich das Präparat zur Verfügung gestellt hatte, wollte mir dann auf der VII. Sitzung der Nordostdeutschen Derm. Ges. (20) nachweisen, daß eine Amputation hier ein Kunstfehler gewesen sei, weil histologisch nichts Malignes nachzuweisen gewesen wäre. Ich habe damals wie heute den Standpunkt vertreten, daß, wie auch die inzwischen veröffentlichten obigen Fällen klar beweisen, hier das Urteil des Pathologen nicht maßgeblich sein kann, da solche gewaltigen Kondylome wie in meinem Fall rein klinisch zur Amputation zwingen.

Literatur

1. L. Waelsch, Beiträge von Übertragbarkeit der spitzen Kondylome. M. Kl., 1923, Nr. 16, S. 522. L. Waelsch und S. Habermann, Über Warzen und spitze Kondylome. Arch. f. Derm., Bd. 147, S. 144. — 2. E. Frey, Zur Frage der ätiologischen Beziehungen der Warzen und spitzen Kondylome. Schweiz. m. W., Bd. 54, Nr. 9 u. 10. — 3. K. Brandes. Über die Beziehungen zwischen der Verruc. vulg. und dem Condyl. acumin. Derm. W., 1925, Bd. 81, Nr. 44 u. 45. — 4. H. Martenstein, Kl. W., 1925, Nr. 13. — 5. W. Kerl, W. derm. Ges., 20. III. 1924. — 6. Forschner, W. derm. Ges., 10. IV. 1926. — 7. Richter, M. m. W., 1925, Nr. 28, S. 1128. — 8. Schornhof, Deutsche derm. Ges. in der Tschechoslow., Sitzung vom 11. V. 1924. — 9. L. Aschoff, Lehrbuch der pathologischen Anatomie, Jena 1913. Bd. 2, S. 734. — 10. Serra, Giorn. ital. delle mal. vener., 1924, Bd. 65, H. 6. — 11. E. V. Ullmann, Ges. der Ärzte Wien, 25. XI. 1921. — 12. Olson, Arch. of Derm. a. Syph., 1925, Bd. 11, Nr. 4, S. 541. — 13. E. Hoffmann, Sitzung der Kölner derm. Ges. (Zbl., Bd. 20, Nr. 5/6, S. 269). — 14. Oppenheim, W. derm. Ges., Sitzung vom 7. VI. 1923 (Zbl., Bd. 9, S. 374). — 15. Jadassohn, Schlesische derm. Ges., Sitzung vom 6. II. 1926 (Zbl., Bd. 20, Nr. 1, S. 23). — 16. Zuleger, Deutsche derm. Ges. in der Tschechoslow., 4. III. 1923 (Zbl., Bd. 9, S. 85). — 17. A. Buschke, Berl. derm. Ges. vom 3. VII. 1923 (Zbl., Bd. 10, S. 11). — 18. Buschke u. L. Löwenstein, Über karzinomähnliche Condyl. acumin. des Penis. Kl. W., 1925, Bd. 4, Nr. 36. — 19. Wiese, auf der Tag. der Nordwestdeutschen Dermatologen in Kiel am 18. IV. 1926. — 20. Nordostdeutsche derm. Ges., VII. Sitzung in Königsberg am 25. XI. 1923 (Zbl., Bd. 13, S. 133).

Aus dem Immunitätsinstitut der Hamburgischen Universität (Prof. H. Much) und der Universitätsfrauenklinik (Prof. Th. Heynemann), Hamburg-Eppendorf

Über die Verwertung des Retroplazentarblutes für die Serodiagnose der Syphilis[1])

Von

Dr. Arthur Haim

Wie auf allen anderen Gebieten der Medizin hat auch in der Gynäkologie die von Wassermann, Bruck und Neisser angegebene Komplementbindungsmethode sich sehr schnell allgemeine Wertschätzung erworben und in zwei Jahrzehnten ihre klinische Brauchbarkeit erwiesen. Schon von Anfang an ist man beständig bemüht gewesen, statt des Armvenenblutes

[1]) Vorgetragen in der gemeinsamen Sitzung der Geburtshilfl. Ges. von Hamburg und der Dermat. Ges. Hamburg-Altona vom 28. I. 1927.

Digitized by Google

das leichter und unauffälliger erreichbare Retroplazentarblut zu untersuchen. Allerdings gehen bis heute die Meinungen der Untersucher über diesen Punkt noch weit auseinander, vornehmlich aber wegen der verschiedenen Fragestellung.

Hier soll kurz über die Untersuchung von mehr als 2500 Geburtsfällen berichtet werden, bei denen systematisch Armvenen- und Retroplazentarblut geprüft wurde, daneben noch vielfach Nabelschnurblut, Fruchtwasser und Blutproben, an denen besondere künstliche Eingriffe vorgenommen wurden. Aus den in vielfacher Hinsicht interessanten Befunden möchten wir die Daten herausgreifen, die zur Klärung der folgenden Frage geeignet sind: „Entgehen bei einer systematischen serologischen Untersuchung des Retroplazentarblutes, dessen positive oder zweifelhafte Ausfälle später im Armvenenblut nachgeprüft werden, luische Fälle dem Nachweis, auch wenn sonst kein anderes Hilfsmittel zur Diagnose der Syphilis herangezogen würde?"

Bei 2626 Geburten stimmten die Ergebnisse im Armvenen- und im Retroplazentarblut in 2384 Fällen völlig überein. Es fanden sich 201 Hemmungen des Retroplazentarblutes (89 +++, 112 ?) bei negativem Ausfall des Armvenenblutes, bei negativer Reaktion des Retroplazentarblutes nur 23 Fälle mit positiver (12) oder zweifelhafter (11) Reaktion des Armvenenblutes. Soweit die zweifelhaften Ausfälle später im Armvenenblut wiederholt werden konnten (7), zeigten sie ein vollkommen negatives Resultat. Von den 12 stark positiven Seren erwiesen sich bei der Wiederholung 9 als negativ, nur ein einziges als positiv, während zwei Frauen nicht zur Nachuntersuchung herangezogen werden konnten, von denen die eine sicher luisch war. Es sind also bei 2626 Fällen höchstens zwei sichere Versager festzustellen.

Wir ersehen hieraus, daß bei der Prüfung des Retroplazentarblutes kaum ein verdächtiger Fall der Aufmerksamkeit des Klinikers entgeht, allerdings muß er in 14% der Untersuchungen später eine Wiederholung vornehmen. Diese Zahl, die übrigens als möglichst ungünstige berechnet worden ist, würde nicht eine Bevorzugung des Retroplazentarblutes rechtfertigen, wenn nicht die Untersuchung des Armvenenblutes unter der Geburt ebenfalls unzuverlässige Resultate ergeben würde, wobei allerdings nach unseren Untersuchungen nur 7% wiederholt werden müßten. Diese Unzuverlässigkeit zeigt sich auch in unseren Untersuchungsreihen, da von 116 positiven Reaktionen unter der Geburt später etwa 32—25% sich als vollkommen negativ erwiesen.

Die angeführten Ergebnisse lassen sich wesentlich verbessern, wenn man unter günstigeren Umständen arbeitet, als das bei uns während der zwei Jahre aus äußeren Gründen möglich war. In den letzten 4 Monaten konnten die Untersuchungen täglich vorgenommen werden, wobei jedes Serum zentrifugiert wurde. Die Folge war eine sehr erhebliche Abnahme der Reaktionsunterschiede im Armvenen- und Retroplazentarblut. Dies erklärt sich aus der Neigung des Retroplazentarblutes, seine Reaktion eher zu ändern als das Armvenenblut. Vor allem kommt es darauf an, das Serum möglichst schnell zu untersuchen. Eine Anzahl von Blutproben wurde, nachdem eine Probe zur gewöhnlichen Zeit untersucht worden war, drei weitere Tage lang bei Zimmertemperatur aufbewahrt. Es waren die

Digitized by Google

Ergebnisse gleichgeblieben im Armvenenblut (Retroplazentarblut) bei 287 (191) Frauen 234 (136), positiv geworden 12 (20), zweifelhaft geworden 25 (23), ganz negativ geworden 16! (12!)

Eine weitere Verbesserung ergab die jetzt von uns bei allen Seren durchgeführte quantitative Auswertung nach KAUP, über die an anderer Stelle berichtet werden soll.

Neben der Komplementbindungsreaktion stellten wir meist die MEINICKEsche Flockungsreaktion (DM) an, in den letzten 4 Monaten die MEINICKEsche Trübungsreaktion (MTR). Beide Reaktionen ergaben uns recht gute Resultate, die manchen zweifelhaften Ausfall der Komplementbindungsreaktion im Armvenen- und im Retroplazentarblut schon als unspezifisch erkennen ließen. Immerhin war eine Anzahl irreführender Ergebnisse zu verzeichnen, die ohne das Ergebnis der Komplementbindungsreaktion nicht mit Sicherheit zu deuten gewesen wären. Wir möchten daher nicht empfehlen, ohne zwingenden Grund auf die Anstellung der Komplementbindungsreaktion zu verzichten und nur eine Flockungs- oder Trübungsreaktion anzustellen. Dagegen ist eine gleichzeitige Verwendung der beiden Untersuchungsmethoden nebeneinander sehr nützlich und empfehlenswert. Wo allerdings keine Anstellung der Komplementbindungsreaktion möglich ist, wird man in jedem Fall für die Untersuchung auch des Retroplazentarblutes eine Flockungs- oder Trübungsreaktion oder beide nebeneinander verwenden und die Fälle mit negativem Ausfall wiederholen, wenn möglich mit der WR nachkontrollieren.

Die Untersuchungen des Nabelschnurblutes haben die gleiche Unzuverlässigkeit seiner Reaktionen ergeben, wie sie von allen Untersuchern berichtet wird, daß nämlich bei sicherer Lues der Mutter die Seroreaktionen im Nabelschnurblut vollkommen negativ sein können. Die Untersuchung des Fruchtwassers hat uns nichts praktisch Bedeutungsvolles gezeigt.

Zusammenfassend möchten wir folgendes sagen: Es würde sich bei allen Geburten empfehlen, das Retroplazentarblut möglichst rein in trocken sterilisierten Röhrchen aufzufangen und innerhalb von 24—48 Stunden möglichst schnell einer Untersuchungsstelle zuzuführen, nachdem es in der Zwischenzeit kühl aufbewahrt ist. Irgend ein Zusatz zum Blut nach der Entnahme empfiehlt sich nicht. Anzustellen wäre die Komplementbindungsreaktion und eine Flockungs- oder Trübungsreaktion, wenn die Umstände nicht eine noch weitere Vermehrung der Untersuchungsmethoden ermöglichen. Fälle mit kompletter Hemmung sowie Selbsthemmung sind auf jeden Fall zu wiederholen, soweit nicht bei den ersteren die klinischen Anhaltspunkte die Diagnose Lues sichern. Bei zweifelhaftem Ausfall der Komplementbindungsreaktion bei negativer Flockungs- oder Trübungsreaktion darf auf eine Wiederholung verzichtet werden. Als Zeitpunkt der Wiederholung ist das Ende der Wochenbettperiode zu empfehlen. Ein späterer Zeitpunkt verzögert naturgemäß die Möglichkeit, ein gefährdetes Kind der spezifischen Behandlung zuzuführen. Die Bewertung der serologischen Befunde richtet sich beim Fehlen von anamnestischen und klinischen Anhaltspunkten nach den von BRUCK in seinem Handbuch der Serodiagnose der Syphilis überzeugend festgelegten Richtlinien.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

Nr. 8, Sitzung vom 18. November 1926

Gougerot, Ducourtioux und Tisserand: **Lichen plan érythémateux et érythémato-squameux atypique (non papuleux)** (Atypischer erythematöser und erythematös-squamöser, nichtpapulöser Lichen planus). S. 611. Die atypischen Formen des Lichen planus sind nicht selten, doch kann, da ätiologische Kriterien fehlen, die Diagnose schwierig sein. In diesem Falle kann ein Zweifel an dem Charakter der Läsionen nicht bestehen, da außerdem unzweifelhafte Lichenefflorescenzen an der Haut und Schleimhaut vorhanden sind, da Übergangsformen bestehen, an denen sich die Papeln mehr abflachen, da alle Effloreszenzen jucken und die charakteristische Farbe und Opaleszenz des Lichen zeigen und durch Salvarsan eine rapide Wirkung, besonders auch auf die flachen Effloreszenzen, ausgeübt wurde.

Gougerot, Ducourtioux und Lotte: **Cas pour diagnostic: Tuberculides papuleuses conglomérées avec ponctuations squamo-croûteuses cicatricielles dessinant un réseau atrophique** (Fall zur Diagnose: Aggregiertes papulöses Tuberkulid mit schuppig-krustösen, narbenbildenden Punktierungen unter Bildung eines atrophischen Netzwerkes). S. 613. Die Erkrankung ähnelt am meisten einer Parakeratosis variegata, scheint jedoch eine besondere Form darzustellen. Die positive Tuberkulinreaktion und der Einfluß der Tuberkulinbehandlung sprechen dafür, daß es sich um ein Tuberkulid handelt.

Hudelo und Rabut: **Deux cas de lupus érythémateux chez des malades hérédo-syphilitiques; guérison par le traitement spécifique** (Zwei Fälle von Lupus erythematosus bei kongenital Syphilitischen; Heilung durch spezifische Behandlung). S. 614. Der Lupus erythematosus ist eine Reaktion der Haut, die von verschiedenen Infektionen abhängen kann. Die beiden Fälle von Lupus erythematosus bei kongenitaler Syphilis heilten unter Salvarsan- bzw. Wismutbehandlung.

Hudelo, Jay und Cailliau: **Adénomes sébacés multiples disséminés sur tout le corps, à l'exception de la face** (Multiples disseminiertes Adenoma sebaceum am ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichts). S. 615. Der Fall unterscheidet sich durch die Multiplizität und die Ausbreitung der Elemente von dem Typus des gewöhnlichen symmetrischen Adenoma sebaceum im Gesicht, sowie auch durch das ausschließlich aus Talgdrüsen-Hypertrophien bestehende mikroskopische Bild.

Juster und Delater: **Biopsies pratiquées sur deux cas d'érythrocyanose sus-malléolaire. Présentation de coupes** (Demonstration von Schnitten von 2 Fällen von submalleolärer Erythrozyanose). S. 618. Die Präparate sollen den Beweis dafür liefern, daß der als submalleoläre Erythrozyanose bezeichnete Symptomenkomplex nicht tuberkulöser Natur ist. Vielmehr beruht er auf einer, an den kleinen infrakapillären Venen lokalisierten fortschreitenden Veneninsuffizienz. Der Zustand kann ein sekundäres Haften des Tuberkelbazillus begünstigen.

P. Fernet und G. Solente: **Lichen plan atypique. Phimosis par lichen plan atrophique et scléreux** (Atypischer Lichen planus. Phimose infolge von Lichen planus atrophicus und sclerosus). S. 619. Der Kranke zeigt an verschiedenen Stellen der Haut und der Schleimhäute typische Lichenpapeln. Am Skrotum ein ausgebreitetes Netzwerk feiner, weißlicher, atrophischer Züge; am Glied zahlreiche flache, glänzende, miliare Papeln. Die verengte Präputialöffnung atrophisch, weißlich gefärbt. Hierin ist eine Analogie zu der auch mit Lichen planus in Verbindung gebrachten Kraurosis vulvae zu erblicken.

Milian und Périn: **Fibromyome sur lupus** (Fibromyom auf Lupus). S. 621. Auf einem Lupus des Gesichts entwickelter Tumor, der bei der mikroskopischen Untersuchung sich als Leiomyom mit Neigung zu maligner Entartung erwies.

Digitized by Google

Milian und Périn: **Fibro-sarcome au début de la région malléolaire interne** (Beginnendes Fibrosarkom in der Gegend des Malleolus internus). S. 621. Seit 16 Monaten bestehende, ulzerös wuchernde Affektion, rundlich, von der Größe eines Frankstückes. Früher wegen Uterusfibrom operiert. Für Epitheliom gehalten, bei der histologischen Untersuchung als Fibrosarkom im Beginne der malignen Entartung erkannt.

Lortat-Jacob und Legrain: **Mycosis fongoide à éléments bulleux, ulcéreux, de forme cyclique ou polycyclique** (Mycosis fungoides mit blasigen, ulzerierten Elementen von kreisförmiger oder polyzyklischer Form). S. 623. Der Kranke, bei dem die Diagnose der Mycosis fungoides durch die histologische Untersuchung und das Blutbild sicher gestellt wurde, zeigte im Anfang nicht juckende, eher schmerzhafte Effloreszenzen, die an Psoriasis, Syphilis, Duhringsche Krankheit denken ließen; als besonders selten ist das Auftreten von Blasen zu bemerken.

P. Ravaut und R. Wallich: **Plaques dermiques et intermédiaires entre le mycosis fongoide et les leucémides cutanées avec symptômes de sclérodermie** (Zwischen Mycosis fungoides und Hautleukämiden stehende Erscheinungen mit Symptomen von Sklerodermie). S. 627. Die besonders am Rumpf sehr ausgebreiteten Hauterscheinungen bereiteten große diagnostische Schwierigkeiten; handelte es sich um eine Mycosis fungoides im Anfangsstadium, so war auffallend, daß niemals Erythem, Jucken, keine Störung des Allgemeinbefindens bestanden hatten, die Erscheinungen trotz 3jähr. Bestehens keine Neigung zur Ulzeration zeigten. Einige münzenförmige Effloreszenzen und diffuse Infiltrate ließen an Sklerodermie denken, doch fehlten deren sonstige Zeichen. Im Blutbild fanden sich zwar bemerkenswerte Veränderungen (60% Lymphozyten oder Mononukleäre), aber die Gesamtzahl der weißen Blutzellen war kaum vermehrt, so daß bei Annahme einer leukämischen Dermatose (mehrfache Drüsenschwellungen) es sich um eine zur Zeit aleukämische handeln müßte. Die histologische Untersuchung kann die Differentialdiagnose zwischen beginnender Mycosis fungoides und leukämischer Dermatose nicht klären, vielleicht handelt es sich auch um einen Übergangsfall.

Louste, Cailliau, Ducourtioux und Lotte: **A propos d'un cas familial et héréditaire d'adénomes sébacés symétriques de la face, accompagné de néoformations épithéliales multiples** (Über einen familiären und hereditären Fall von symmetrischem Adenoma sebaceum des Gesichts, verbunden mit multiplen epithelialen Neubildungen). S. 630. Das Adenoma sebaceum ist in der väterlichen Linie der Patientin erblich, außerdem leiden daran zwei ihrer Schwestern. Die histologische Untersuchung ergab keinen gleichmäßigen Befund, es überwiegt der Typus Pringle, außerdem fanden sich auch Elemente vom Typus Hallopeau-Leredde-Darier und viel seltener vom Typus Balzer-Ménétrier. Ferner fanden sich Naevi pigmentosi, zahlreiche Mollusca pendula, zwei warzige Geschwülste auf dem behaarten Kopf, schließlich an Fingern und Zehen zahlreiche periungueale, rote, derbe, getreidekorngroße, isolierte und bukettförmige Geschwülste. Auch an der Wangenschleimhaut und, in der Einzahl, an der Zunge papillomatöse Wucherungen. Gewisse Herabsetzung der geistigen Fähigkeiten. Ähnliche Fälle stehen der Recklinghausenschen Krankheit nahe, doch besteht hier bei den Geschwülsten kein Zusammenhang mit den Nervenstämmen. Möglicherweise liegt kongenitale Syphilis zugrunde.

Louste, Ducourtioux und Lotte: **Naevi pigmentaires systématisés à distribution radiculaire et à évolution régressive** (Systematisierte Naevi pigmentosi mit segmentförmiger Anordnung und Neigung zu Rückbildung). S. 635. Am linken Arm eines 13jähr. Mädchens ist das Wurzelgebiet des 6., 7., 8. Zervikal- und 1. Dorsalnerven ergriffen und zeigt verschieden große und verschieden gefärbte Naevi, die sich allmählich entwickeln und wieder schwinden. Vorher hatte an dem betreffenden Unterarme eine nußgroße, nicht gestielte Geschwulst bestanden, die exstirpiert worden war und sich als Neurofibrom erwiesen haben soll. Diese Kombination könnte für die Anschauung verwertet werden, daß es sich bei Pigmentnaevi stets um Neuronaevi handelt. Bei der Mutter des Kindes besteht positive WR; obwohl bei dem Kinde selbst keinerlei Erscheinungen bestehen, soll doch eine Salvarsanbehandlung versucht werden.

Louste, Ducourtier und Lotte: **Purpura post-sulfarsénobenzolique d'alarme chez un cardiorénal. Polyintolérance aux antisyphilitiques** (Bedrohliche Purpura nach Sulfarsenobenzol bei einem Herz-Nierenkranken. Intoleranz gegen verschiedene Antisyphilitika). S. 636. Alter Syphilitiker, der, früher ungenügend behandelt, Erscheinungen einer Aortitis aufwies. Behandlung zunächst gut vertragen, bei mehrere Jahre später wegen positiver WR wiederholter Behandlung Intoleranz gegen Wismut, Queck-

Digitized by Google

silber, Sulfarsenobenzol, wonach Albuminurie, Stomatitis, Purpura mit Zahnfleischblutungen, Petechien, intensiver Anämie, Milzschwellung. Diese Intoleranz ist durch den Zustand von Leber, Herz, Nieren zu erklären.

Louste, Cailliau, Ducourtioux und Lotte: **Sur un cas d'ostéo-sarcome à myéloplaxes récidivant** (Über einen Fall von rezidivierendem Osteosarkom mit Myeloplaxen). S. 639. Die Malignität dieser Geschwülste ist gewöhnlich, wie auch hier, eine örtliche.

Jausion, Pasteur und Azam: **Guérison rapide d'une pelade décalvante par photothérapie après photosensibilisation** (Schnelle Heilung einer generalisierten Alopecia areata durch Lichtbehandlung nach Photosensibilisierung). S. 641. Das Auftreten vermehrten Haarwachstums war früher nach intravenösen Einspritzungen von Gonakrine auf dem Boden einer Photodermatitis beobachtet worden. Bei einem Pat. mit auf Alopecia areata beruhendem, fast völligem Haarausfall am ganzen Körper, der den verschiedensten Behandlungen, auch Quarzlampe und Hochfrequenz widerstanden hatte, wurde Heilung erzielt, nachdem der Lichtbehandlung Einspritzungen von Gonakrine vorangeschickt waren, die zunächst eine starke Dermatitis bewirkt hatten. Die Wirkung beruht vielleicht auf einer Anregung der Karyokinese. Sabouraud kann nicht finden, daß Heilung vorliegt und hält Rückfall nicht für ausgeschlossen.

Hudelo, Rabut und Cailliau: **Eléphantiasis tuberculeux de la vulve** (Tuberkulöse Elefantiasis der Vulva). S. 650. Ausgedehnte Schwellung ohne Ulzeration, deren tuberkulöser Ursprung auf Grund des histologischen Befundes und früherer tuberkulöser Erscheinungen angenommen wird, obwohl Tuberkelbazillen nicht nachgewiesen werden konnten. Die Tuberkulose ist die Ursache der Lymphstauung, die zu der Elefantiasis führt; außerdem waren hier noch Streptokokken im Spiele.

G. Milian: **Maladie de Paget avec participation des canaux galactophores** (Pagetsche Krankheit mit Beteiligung der Milchgänge). S. 652. Es fanden sich einige Milchgänge, die von der Neubildung ergriffen waren, jedoch ihre Form und ihren Umfang bewahrt hatten. Da die tiefen Teile unverändert sind, scheint die Neubildung von der Haut in die Milchgänge eingedrungen zu sein.

Milian: **Stomatite mercurielle et nodosités d'huile grise** (Stomatitis mercurialis und Knoten von grauem Öl). S. 653. Die Stomatitis bei der Anwendung von grauem Öl ist keine Folge des Medikamentes selbst, das oft in viel größeren als den im allgemeinen für statthaft gehaltenen Dosen anstandslos vertragen wird, vielmehr eine Folge mangelhafter Resorption, wenn die Einspritzung nicht genau in den Muskel gemacht wird. Im Bindegewebe bilden sich subkutane oder juxta-aponeurotische Knoten, aus denen es schlecht resorbiert wird.

Sézary, Pernet und Gallerand: **Existe-t-il un „zona bismuthique"?** (Gibt es einen Wismut-Zoster?). S. 654. In 2 Fällen trat, einmal im Verlaufe einer Wismutbehandlung, das andere Mal 6 Wochen nach deren Beendigung, als also sicher noch Wismutresorption stattfand, ein typischer Zoster auf, der auffallenderweise nicht von Schmerzen begleitet war und keine Narben hinterließ. Es bestanden zu der Zeit keine Zosterepidemien, Berührung mit Windpockenkranken hatten nicht stattgefunden. Möglicherweise handelte es sich doch nur um ein zufälliges Zusammentreffen.

Martineau: **Sur un cas de zona survenu après un traitement bismuthique** (Über einen nach einer Wismutbehandlung aufgetretenen Fall von Zoster). S. 657. Typischer Zoster intercostalis, $1^1/_2$ Monate nach der letzten Einspritzung aufgetreten nach voraufgegangenen neuralgischen Schmerzen und leicht febrilem Zustande. Kein Zusammentreffen mit Windpockenkranken.

Gouin und Bienvenue: **Erythème polymorphe et radiothérapie du sympathique vrai** (Erythema multiforme und Bestrahlung des Sympathikus). S. 657. Die Erfolge beim Erythema multiforme gleichen denen beim Lichen planus. Es kommen oberflächliche Bestrahlungen des zerviko-dorsalen Abschnittes des Sympathikus zur Anwendung. Schwinden innerhalb weniger Tage.

Legrain und R. Barthe: **Dermite professionelle des mains et des avant-bras chez un ramasseur de céleris** (Gewerbedermatitis der Hände und Unterarme bei einem als Selleriesammler beschäftigten Arbeiter). S. 662. Intensive Dermatitis mit Ödem, Erythem und Blasenbildung, die sich nach Heilung nach Wiederaufnahme der Arbeit wiederholte. Hervorgerufen wird sie durch das im Sellerie enthaltene flüchtige aromatische Öl. Die Idiosynkrasie scheint dabei die Hauptrolle zu spielen; durch die Erkrankung findet eine ausgesprochene Sensibilisierung statt.

Digitized by Google

J. Nicolas, J. Lacassagne, N. Alcalay: **L'intradermoréaction dans les manifestations chancrelleuses par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand** (Die Intradermoreaktion mit dem Antistreptobazillenvakzin von Nicolle und Durand bei Erscheinungen von weichem Schanker). S. 666. Die Intradermoreaktion hat einen beträchtlichen spezifischen diagnostischen Wert. Sie erscheint gegen den 8. Tag der Infektion und bleibt lange, vielleicht für immer bestehen; bei Bestehen von Komplikationen (Bubo) ist die Reaktion intensiver. Es läßt sich daraus der Schluß ziehen, daß es sich beim weichen Schanker nicht um eine rein örtliche Affektion handelt, vielmehr gelangen die Sekretionsprodukte des Streptobazillus in die Zirkulation.

J. Gaté und G. Massia: **Epithélioma baso-cellulaire du lobule nasal à forme de perle géante** (Basalzellenepitheliom der Nasenspitze in Form einer Riesenperle). S. 668. In 2 Jahren zu der jetzigen Größe entwickelt.

J. Gaté: **Oedème facial à répétition consécutif aux médications novarsénobenzolique, puis bismuthique successivement instituées** (Rezidivierendes Ödem des Gesichts bei aufeinanderfolgender Salvarsan- und Wismutbehandlung). S. 671. Die Erscheinungen traten, nachdem vorher Salvarsankuren anstandslos vertragen worden waren, nach zwei erneuten Salvarsaneinspritzungen, und bei Wechsel der Behandlung auch nach Chinin-Wismut auf, hier mit Urtikariaausbruch kombiniert.

A. Lévy-Bing und R. Barthélemy: **Attention aux hydroxydes de bismuth. Grand abcsès tardif dû à un hydroxyde de bismuthe radifère** (Vorsicht vor Wismuthydroxyden. Großer Spätabszeß infolge von Wismuthydroxyd). Mehrere Kuren waren gut vertragen. 4 Wochen nach der letzten Muthanoleinspritzung Entwicklung eines tiefliegenden Abszesses mit großen Schmerzen, Fieber, starker Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Innerhalb 2 Monaten Rückbildung, aus einer kleinen Fistel entleerte sich serös-sanguinolente Flüssigkeit, nur spurenweise Eiter. Es handelt sich um eine direkte Wirkung des Wismuthydroxyds. Das Präparat hat sich anscheinend in seiner Zubereitung verschlechtert.

Ch. Audry: **Lupus érythémateux sous la conjonctive palpébrale** (Lupus erythematosus unter der Conjunctiva palpebrae). S. 679. Neben typischen Plaques im Gesicht lebhaft roter, gut umschriebener, die beiden äußeren Drittel der Conjunctiva palpebrae des linken Auges einnehmende Plaque.

Ch. Laurentier: **Fièvre syphilitique méta-chancreuse** (Syphilitisches Fieber im Verlauf des Schankers). S. 680. Berufsinfektion bei einem Arzt am Daumen. Das Fieber war 8 Wochen nach der Infektion, vor Eintritt von Allgemeinerscheinungen aufgetreten, schwand nach der 2. Salvarsaneinspritzung, also keine Sekundärinfektion des Schankers.

Coulon und Esquier: **Vitiligo des muqueuses** (Vitiligo der Schleimhäute). S. 681. Bei einem Senegalesen im Verein mit Vitiligo diese auch an der Lippenschleimhaut.

E. Levin-Berlin.

Archives of Dermatology and Syphilology

1926, Bd. 14, Nr. 6

Sclerema Neonatorum (Sclerema neonatorum), von **A. M. H. Gray-London.** S. 635. Bericht über 3 Fälle. Nach dem Auftreten fester Knoten unter der Haut bildeten sich z. T. zystische Schwellungen, die, fälschlich für Abszesse gehalten, nach der Inzision eine milchige Flüssigkeit entleerten. Nach genauer chemischer Untersuchung der in der Flüssigkeit enthaltenen Kristalle hält Verf. die letzteren für Fettsäuren, entweder Palmitin oder Stearin oder beides oder Neutralfette. Das histologische Bild des Sklerems ist gut beschrieben: die Verflüssigung des Fettes, das Wuchern des Bindegewebes. Die primäre Störung ist nach Verf. in den Fettzellen selbst zu suchen; über die Ursache dieser Störung weiß man nichts.

Disseminated Palmar and Plantar Keratoderma. Report of a Case (Disseminiertes Keratom der Handflächen und Fußsohlen. Bericht über einen Fall), von **D. Lieberthal-Chicago.** S. 655. Beschreibung des bisher 28. in der Literatur beschriebenen Keratoderms der Fußsohlen und Handflächen. Es handelt sich um dunkelgelbe, runde, hornige flache Papeln mit zentraler Delle, von etwa Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, von normaler Haut umgeben und nur auf Fußsohlen und Handflächen disseminiert vorkommend. Meist bestehen sie seit der Kindheit oder Pubertät und machen Schmerzen beim Auftreten. Die Therapie hat bisher völlig versagt.

Digitized by Google

A Distinctive and Severe Form of Erysipeloid Among Fishhandlers: Report of Clinical and Laboratory Studies; Demonstration of the Bacillus of Swine Erysipeloid (Eine ausgeprägte und schwere Form von Erysipeloid unter Fischhändlern: Bericht über klinische und bakteriologische Studien; Demonstration des Schweinerotlaufbazillus), von J. V. Klauder, L. L. Richter und M. J. Harkins-Philadelphia. S. 662. Verf. beobachtete 1000 Fälle von Erysipeloid Rosenbach bei Fischhändlern. Obgleich die Erscheinungen der Haut (starke Rötung, Schwellung mit Lymphdrüsenschwellung) und des Allgemeinzustandes (Fieber, Schlaflosigkeit) recht schwere waren, so handelte es sich nie um eine ganz schwere Form mit Arthritis und Endokarditis, wie sie bei Tierärzten häufig durch zufällige Einimpfung mit Schweinerotlaufbazillen vorkommt. Die Süßwasserfischer bleiben stets verschont. An den Seefischen scheint der Schleim besonders infektiös zu sein. Die Seefische infizieren sich durch die Abfälle an der Küste. In den oben geschilderten Fällen handelte es sich um eine stark virulente Art des Schweinerotlaufbazillus. Experimentelle Versuche ergaben, daß dieser Bazillus stark giftig für weiße Mäuse und Tauben, völlig harmlos für Meerschweinchen und Kaninchen war. Von einem Einfluß der lokalen Therapie hält Verf. nichts. Einzig die in der deutschen Literatur empfohlene Höhensonnenbestrahlung und die Proteinkörpertherapie findet seine Billigung. Am geeignetsten hält er das in Deutschland weitverbreitete Susserin (Rotlaufserum). Verf. stellten selbst ein Serum her und hatte therapeutische Erfolge.

Recurrent Erysipelas of the Legs with Dermatitis of the Feet (Rezidivierendes Erysipel der Beine bei Dermatitis der Füße), von I. L. McGlasson-San Antonio, Texas. S. 679. Bericht über mehrere Fälle von Erysipel der Beine, das immer wiederkehrte (bei einem Pat. bis zu fünf schweren Anfällen innerhalb von 6 Monaten), solange eine an den Füßen bestehende ekzematöse Pilzerkrankung nicht behandelt wurde.

Excretion of Mercury after Intramuscular Injection of Mercuric Bromide, Inunction and Rectal Suppositories (Quecksilberausscheidung nach intramuskulärer Injektion von Quecksilberbromid, nach Schmierkur und nach rektalen Suppositorien), von H. N. Cole, J. A. Gammel, J. E. Rauschkolb, N. Schreiber und T. Sollmann-Cleveland. S. 683. Nach der Methode von Booth, Schreiber und Zwick wurde bei 12 Pat. nach intramuskulärer Injektion von Quecksilbernatriumbromid die Quecksilberausscheidung festgestellt, die sich am Ende der 3—4wöchigen Behandlung auf 1 mg pro Tag stellte. Nur $^1/_6$ des injizierten Quecksilbers wird ausgeschieden. 4,5 mg werden pro Tag gespeichert. Die Ausscheidungsmenge gibt den Betrag des aktiv wirkenden Quecksilbers an, da sich die Ausscheidungsmenge nicht mit der zunehmenden Speicherung vermehrt. Bei Schmierkur dagegen steigt die Ausscheidung kontinuierlich während der Behandlung, so daß sie am Ende der 4. Woche viermal höher ist als am Ende der 1. Woche. Es findet offenbar eine immer mehr steigende Absorption durch die Follikel statt. Die Quecksilberausscheidungsmenge beträgt bei Schmierkur am

Ende der 1. Woche = $^1/_9$ der bei Injektionskur,
„ „ 2. „ = dieselbe wie bei Injektionskur,
„ „ 4. „ = doppelt so groß wie bei Injektionskur.

Die Injektionen wirken also schnell, die Schmierkur jedoch kräftiger. Nach Beendigung der Schmierkur bleibt die Ausscheidung noch 1 Woche auf derselben Höhe. Quecksilberstuhlzäpfchen ergeben nur eine ganz geringe Resorption.

Skin Manifestations Seen in a General Hospital (Hauterscheinungen in einem allgemeinen Krankenhaus), von H. Goldenberg und I. Rosen-New York. S. 693. Das Material in einem allgemeinen Krankenhaus ist dermatologisch sehr mannigfaltig. Da sind vor allem die verschiedensten Arzneiexantheme, wie z. B. schwere bullöse Exantheme nach Veronal, Chloralhydrat, Erythema nodosum nach Brom, Erytheme nach Jodoformpuder oder Borsäurepuder. Bei Polyzythämie ist Rosazea und Urticaria necrotica perstans, bei Endocarditis rheumatica ein Erythema annulare (Leiner) auf der Bauchhaut beobachtet worden. Multiple Teleangiektasien fanden sich sowohl bei viszeraler Syphilis wie bei Kropf mit Exophthalmus. Es handelt sich hierbei wohl um eine Störung des autonomen Nervensystems. Mehrere Fälle von Lupus erythematodes gingen gleichzeitig mit einer septischen Brochopneumonie einher. Folgender interessanter Fall wird beschrieben: Ein 10jähr. Knabe erkrankte mit Fieber und Schmerzen in der rechten Lendengegend. Im Gesicht konnte ein typisches Adenoma sebaceum konstatiert werden. Der Dermatologe stellte auf Grund dieses Hautbefundes die Diagnose Nierentumor; denn Adenoma sebaceum, Imbezillität, epileptische Anfälle und Nierentumor

Digitized by Google

bilden nach Verf. eine klinische Einheit. Tatsächlich wurde in diesem Falle ein Hypernephrom der rechten Niere entfernt.

Point-Cap Sparkover Variations and their Effect on Dosage in Superficial Roentgen-Ray Therapy (Verschiedenheiten der Funkenstrecke mit Spitzenelektroden und ihre Wirkung auf die Dosierung bei Röntgenoberflächenbestrahlung), von A. S. Markley-Denver. S. 704. Verf. hält die bisherige Messung durch die Funkenstrecke für durchaus nicht fehlerfrei. Nicht allein die Spannung wechselt. Auch die Luftdichte, ihre Feuchtigkeit, der Luftdruck usw. sind mitbestimmende Faktoren. Verf. zieht die Kugelelektroden den Spitzenelektroden vor, da sie einzelne Ungenauigkeiten auszugleichen vermögen.

Fixed Arsphenamine Dermatitis (Fixe Salvarsandermatitis), von H. H. Hazen-Washington. S. 713. Eine 34jähr. Frau hatte ein zirzinäres Syphilid auf dem rechten Vorderarm. Nach der 4. Arsphenamininjektion trat an Stelle des entschwundenen Syphilids eine dort lokalisierte nässende Dermatitis auf, die nach jeder weiteren Injektion stärker wurde und im Intervall zurückging. Auch bei späteren Versuchen mit Salvarsantherapie trat prompt an derselben Stelle die Dermatitis auf. Verf. schließt sich der Theorie an, daß es sich bei einem fixen Salvarsanexanthem um eine lokale Hypersensibilität handelt.

Urticaria Pigmentosa (Urticaria pigmentosa), von L. B. Mount, Albany. S. 715. Bericht über 1 Fall von Urticaria pigmentosa bei einem 2jähr. Kind, deren Diagnose keine Schwierigkeiten machte. Bei Erwachsenen jedoch ist nach Verf. die Diagnose oft verfehlt; es handelt sich eher um eine Urtikaria mit Pigmentbildung als um eine Urticaria pigmentosa. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Bücherbesprechungen

Die Behandlung der Gonorrhoe des Mannes, von P. Orlowski-Berlin. (2. verbesserte Auflage. Preis M. 9.—, geb. M. 10.50. Verlag von C. Kabitzsch, Leipzig 1927.) Das Buch, dessen 2. Auflage gegen die erste wesentlich verändert ist, stellt den Ausfluß der Tätigkeit eines in vielen Methoden bewanderten und sie kritisch verwertenden Praktikers dar. Die Behandlung des Trippers in seinen so außerordentlich wechselnden Erscheinungen und in seinen von den mannigfachsten, oft im einzelnen nicht nachweisbaren Ursachen nach den verschiedensten Richtungen beeinflußten Verlaufe wirklich befriedigend darzustellen, ist eine unerfüllbare Forderung. Jedem Praktiker erscheint seine Methode als die zweckmäßigste, denn es führen hier eben viele Wege — oder unter Umständen kein Weg! — nach Rom. So muß auch davon abgesehen werden, mit dem Verf. über Einzelheiten zu rechten, und es soll im wesentlichen die Freude darüber ausgesprochen werden, daß er trotz Berücksichtigung neuer und neuester Fortschritte (z. B. Spermokultur) manchem Alten zu seinem ihm oft abgesprochenen Rechte verhilft. Man vergleiche dazu die Ausführungen über die Wirksamkeit und Unschädlichkeit des Argent. nitr. gegenüber den vielen, gerade durch Protargol gesetzten Infiltraten. Ob die Spritzenbehandlung des Trippers wirklich in 30—50% Epididymitis bewirkt, möchten wir, obwohl der Spülbehandlung persönlich durchaus sympathisch gegenüberstehend, denn doch bezweifeln. Der Forderung, die postblennorrhoischen Katarrhe etwas mehr in Ruhe zu lassen, schließen wir uns von ganzem Herzen an, ebenso der Ansicht über den stets unsicheren Erfolg der Abortivbehandlung sowie über die Schwierigkeit der Beurteilung der verschiedenen Wachstumsformen der Gonokokken und der Ergebnisse der Gramfärbung. Dürfen wir noch einige Kleinigkeiten erwähnen, so hätten wir für die Abschlußbehandlung des Trippers eine Hervorhebung des so vorzüglich wirkenden Bismut. subnitric. gewünscht, sowie bei der Eigenblutbehandlung die Erwähnung des Zusatzes von Natr. citricum 2% zur Verhinderung der Gerinnung des mit der Spritze entnommenen Blutes. Das Buch gibt jedenfalls eine gute Übersicht über die für den Praktiker und den Facharzt bei der Tripperbehandlung wichtigen Momente und verdient einen ausgebreiteten Leserkreis. Für eine etwaige Neuauflage möchten wir den Wunsch nach einer etwas sorgfältigeren Ausmerzung störender Druckfehler aussprechen. E. Levin-Berlin.

Lehrbuch der Gonorrhoe nebst einem Anhang: Die Sterilität des Mannes, von A. Buschke und E. Langer. (Mit 112 teils farb. Abb. Verlag J. Springer, Berlin 1926.) Dem Andenken an Albert Neisser, dem Lehrer von Buschke, ist das Werk gewidmet.

Digitized by Google

Das Vorwort bringt es kurz zum Ausdruck, daß trotz aller Fortschritte in der topischen Diagnostik, trotz aller neuen Gesichtspunkte in der Biologie des Krankheitsbildes und trotz aller Unterstützungen seitens der Hilfswissenschaften, wir noch sehr weit von einer idealen und biologischen Therapie der Blennorrhoe entfernt sind. Bei dieser kritischen Einstellung gibt uns das Werk einen ausgezeichneten Überblick über unser Können und Nichtkönnen auf dem Gebiet der Tripperbehandlung. Gerade unser Nichtkönnen mußte einmal rückhaltslos bloßgelegt werden, um die Vis medicatrix naturae, die ja doch die Mehrzahl der Fälle heilt, um so heller erstrahlen zu lassen. Die Unterstützung dieser natürlichen Heilkraft bleibt auch beim Tripper eine lohnende und schöne Aufgabe des noch so pessimistisch eingestellten Arztes. Buschkes engerer, vielseitig interessierter und intensiv angespannter Schülerkreis hat von Kapiteln übernommen: die Geschichte der Blennorrhoe, die Physiologie des männlichen Genitales, die Blennorrhoe der Kinder, die Blennorrhoe des Rektums, die Hautkrankheiten bei Blennorrhoe, die blennorrhoischen Allgemeinkrankheiten, Statistik, Prostitution und Prophylaxe. Mit Buschke zusammen hat Erich Langer die Erkrankungen der männlichen Adnexorgane bearbeitet. In dem letztgenannten Kapitel sind die aus Buschkes Arbeitsstätte hervorgegangenen bedeutsamen und in ihren Auswirkungen noch schwer zu übersehenden Resultate der Forschungen über die Latenz der Blennorrhoe und die Ursachen dieser enthalten. Der Ausbau der Adnexpathologie der männlichen Blennorrhoe, den Referent vor Jahren gefordert hat, ist hier geleistet worden. Der Pathologe des Rud.-Virchow-Krankenhauses Christeller und der Urologe Jacoby haben die pathologische Anatomie der männlichen Urogenitalorgane bearbeitet, farbigen und nichtfarbigen Abbildungen, makroskopischer und mikroskopischer Präparate, die aus der Christellerschen Sammlung in diesem Kapitel und in dem Kapitel des Gynäkologen Stickel (Rud.-Virchow-Krankenhaus) über die Blennorrhoe des Weibes wiedergegeben werden, lohnen allein schon Lektüre und Ankauf des Werkes. Walter Levinthal aus dem preußischen Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" zeichnet den exakten Stand der Bakteriologie und Biologie des Gonokokkus. Die grampositiven, in Kultur und Lagerung und ihrer häufigen Vergesellschaftung mit dem Gonokokkus sicher nicht bedeutungslosen, auch therapeutisch schon verwendeten Diplokokken (französische Mischvakzine Dmègon, Hugo Müller-Mainz und Bender Wiesbaden) sind differentiell-diagnostisch leider nicht herangezogen worden. Der Ordinarius der Augenheilkunde in Berlin, Krückmann, ist in einer Ausführlichkeit, die der Venerologe schon allein mit Rücksicht auf die viel zu wenig bekannte und bearbeitete endogene sive metastatische Conjunctivitis blennorrhoica dankbar entgegennehmen wird, auf die blennorrhoischen Augenkrankheiten eingegangen. Eine eigene Note erfährt das Buch durch die Mitarbeiterschaft von Oelze, in dessen „Gonorrhoe der männlichen Urethra und ihrer Behandlung einschließlich der Endoskopie" ein Optimismus zum Vorschein kommt, der nicht so ganz harmonisch zusammenklingt mit dem Tenor des übrigen Buches. Schon in seiner Lehrzeit unter Hans Wossidlo in Berlin, kam Referent nicht über den Gedanken hinweg, daß es bei dem irrgartengleichen, Millionen von Windungen und Fältelungen aufweisenden Gang- und Wegesystem der männlichen Harnröhre und ihrer Adnexdrüsen ganz gleichgültig ist, ob einige, dem äußeren Auge noch so sinnreich eingestellte Drüsenmündungen durch Dehnungen oder sonstwie ihres entzündlichen Charakters entkleidet werden oder nicht. Vielleicht stand dem Referenten seine pathologische Ausbildung immer zu sehr im Wege, wenn er die von Oberländer, Wossidlo, Oelze u. a. gegebenen Erklärungsmöglichkeiten bezüglich der Heilwirkung der mechanischen Therapie nicht ohne weiteres unterschreiben kann. Es ist schwer zu glauben, daß, selbst bei minutiös gepflegter, Picker-Balogscher diagnostischer Abtastung der männlichen Adnexe, Massieren, Kneten und Auspressen in subakutem Reizzustande befindlicher Organe ein Erstes und Letztes der spezialistischen Therapie bedeutet. Es muß schon ein großer biologischer Umweg sein, welchen über alle chemischen und mechanischen Behandlungsmethoden einschließlich der durch Druckspülungen bedingten Erweiterung auf die tief und versteckt im Gewebe inhaftierten Gonokokken wirken.

„Die Chirurgie der Gonorrhoe" von A. v. Lichtenberg gibt eine ruhige und klare Indikationseinstellung der konservativen und chirurgischen Therapie bei den chronischen Entzündungen der Samenwege. Ref. hat (Derm. W., 1921, Bd. 72) auf eine Erweiterung chirurgischer Indikationen bei den chronischen Schwellungszuständen von Vorsteherdrüse und Samenblase hingewiesen. Bei den akuten, den Durchbruch in die Urethra erwarten lassenden mächtigen Schwellungen der Prostata kann eine Öffnung vom Mastdarm aus ein schweres Krankheitsbild überaus wohltätig abkürzen. Die Lichtenberg-

Digitized by Google

sche Indikationserweiterung scheint sich auf die chronische Prostatitis mit ihren oft quälenden Symptomen nicht zu beziehen. Ref. denkt hierbei an neue chirurgische Domänen, schon mit Rücksicht darauf, daß, wenn die Adnexe nicht selbsttätig fertig werden mit den Gonokokken, kein Weg von der Harnröhre aus und keine unspezifische Therapie hier viel helfen werden. Wie die weiblichen Adnexe aber, so besorgen in der Regel auch die männlichen Adnexe die völlige Vernichtung der Keime. Wo es auf diesem natürlichen Abwehrweg nur zu einer Abschwächung kommt, lebt das Gespenst der latenten Infektion auf.

In einem letzten Kapitel behandelt Leopold Pulvermacher die Impotenz des Mannes und die sexuelle Konstitution. Hier lebt der gelehrte Verf. in seiner ureigenen Domäne, und es konnte sich auch für dieses Werk kein geeigneterer Mitarbeiter der endokrinen Störungen und der ungeheueren Probleme, die an die Hormone und die Inkrettherapie geknüpft sind, finden. Keinem der ausgezeichneten Mitarbeiter treten wir zu nahe, wenn wir dieses Kapitel als das Kleinod des Buches bezeichnen.

Als letztes darf Ref. dem längst an eine prominente Stelle gehörenden W. Fischer danken für die Energie, mit der er in seinen Ausführungen über Prostitution und Blennorrhoe überlebten Polizeigeist beiseite schiebt. Der sozial eingestellte Praktiker der Blennorrhoebehandlung findet in dem Buche ungeheuer viel an Orientierungsmarken für sein ärztliches Handeln. Es sei hier nur auf die Behandlung der Ehelizenzfrage in dem Kapitel Buschke-Langer verwiesen, auf die Latenz der Blennorrhoe, auf die vermeintlichen Beweise einer Ausheilung. Immer wieder drängt dem Therapeuten und Leser des Werkes der Rat des alten Wiener Praktikers sich auf: „Viel wissen, und wenig tun". Den Gynäkologen Stickel fragen wir darum, gerade weil er bei der frischen Blennorrhoe der unteren Abschnitte „zur Ruhe in jeder Beziehung" mahnt, ob nicht schon die Einstellung der Zervix im Spekulum und die digitale Exploration der Vagina die Ascensio des Giftes besorgen können. Möge vor allem der in die Praxis eintretende Spezialarzt sich eingehend mit diesem Buch befassen. Er wird verschärfte Kritik an die Erfolge und Mißerfolge der Blennorrhoetherapie anlegen, die solange unbefriedigt lassen muß, als uns keine Immunmedikation bei dieser Krankheit zur Verfügung steht.

E. Delbanco-Hamburg.

Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne", von H. Bach. (Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1927.) Wie bisher sind nur günstige Berichte aus der Literatur angeführt. Das der Hauttherapie gewidmete Kapitel (von Keutel bearbeitet) ist im wesentlichen unverändert geblieben.

W. Curth-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Urogenitalapparat

e. Weibliches Genitale

Cohabitation, Colon Bacillary, Urinary Tract Infection (Kohabitation und Koliinfektion der Harnwege), von A. J. Scholl-Los Angeles. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 22, S. 1794.) Unter Beibringung von zwei Krankengeschichten wird das zuerst von Wildbolz als „Deflorationspyelitis" eingehend geschilderte Krankheitsbild besprochen. Die Koliinfektion der Harnorgane kann nach der Defloration erfolgen, wobei anzunehmen ist, daß die Infektion in der Mehrzahl der Fälle von Hymenalrissen oder Verletzungen der Urethra ausgeht, welche beim Koitus entstehen. Der Infektionsweg ist fast stets hämatogen. Die aufsteigende Infektion von der Blase in die Nieren dürfte nur vereinzelt vorkommen. Die Erkrankung verläuft unter dem Bilde einer Pyelonephritis, hat aber gegen die nicht auf diese Weise entstandenen bakteriellen Pyelonephritiden den Unterschied, fast stets in ein langwieriges chronisches Stadium überzugehen und sehr resistent gegen die Behandlung zu sein. Therapeutisch ist kaum ein Unterschied gegen die Behandlung jeder chronischen Pyelitis. Dort sowohl wie hier sind Nierenbeckenspülungen der Hauptfaktor in der Behandlung. Harnantiseptika können unterstützend gegeben werden. Bei besonders hartnäckigen Fällen soll ein Dauerkatheter ins Nierenbecken eingelegt werden.

O. A. Schwarz-Berlin.

Vaginismus, von E. Berczeller-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 38.) Der Krampf wird nicht durch unwillkürliche Muskelzusammenziehung zustande gebracht, sondern im

Digitized by Google

Gegenteil durch willkürliche, aus Angst vor Schmerzen. Mit besonderer Geduld und Ruhe gelang es Verf. immer, ein Hegarsches Dilatatorium einzuführen, täglich eine höhere Nummer, und so vollen Erfolg zu erzielen. M. Porosz-Budapest.

Stricture of the Female Urethra (Strikturen der weiblichen Harnröhre), von W. S. Pugh-New York. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 22, S. 1790.) Strikturen der weiblichen Harnröhre sind nach den ausgedehnten Erfahrungen und diesbezüglichen Untersuchungen des Verf. sehr viel häufiger, als allgemein angenommen und in der Literatur beschrieben wird. Ätiologisch kommen Neubildungen, Tuberkulose und Lues selbstverständlich in Betracht, in der Mehrzahl aller Fälle ist nach Verf. jedoch eine Blennorrhoe die Ursache. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen entsprechen denen beim Manne, der Sitz der Striktur ist meistens an der äußeren Harnröhrenöffnung. Diagnostisch ist auf vermehrten Harndrang und Schmerzen bei der Miktion zu achten. Gesichert werden soll die Diagnose durch Sondierung mit der Knopfsonde. Die Prognose ist bei weichen Infiltraten günstig, weniger günstig bei harten, kallösen Strikturen. Die Therapie hat in vorsichtiger Dehnung zu bestehen, operative Maßnahmen sind nach Möglichkeit zu vermeiden. O. A. Schwarz-Berlin.

Papilloma urethrale von ungewöhnlicher Größe, von K. Hegedus-Budapest. (Gyógyászat, 1926, Nr. 7.) Bei einer 29jähr. Frau verdeckte die Vulva gänzlich eine von der unteren Wand der Harnröhre mit einem kurzen Stiel hinaushängende, gelappte, unempfindliche Geschwulst. Histologie: Papilloma teleangiectosa. M. Porosz-Budapest.

Spindelzellensarkom der weiblichen Urethra, von H. R. Schmidt, Univ.-Frauenkl. Bonn. (Zbl. f. Gyn., 1926, Nr. 49, S. 3122.) Die sehr seltenen Sarkome der weiblichen Harnröhre können entweder von der Schleimhaut oder von der Wandung ausgehen. Einen solchen Tumor von Taubeneigröße beobachtete der Verf. bei einer 60jährigen Frau, der die kleinen Labien auseinanderdrängte und die äußere Harnröhrenöffnung verdeckte. Die linke Hälfte der Harnröhrenwandung schien in dem Tumor aufgegangen, ganz rechts war noch ein intakter Saum der Urethra zu sehen. Nach oben hin ließ sich die Anschwellung deutlich abgrenzen. Der Tumor wurde mittels Paquelins entfernt, die Urethra unter Erhaltung der Kontinenz vernäht. Histologisch erwies sich der Tumor als ein blutgefäßreiches Spindelzellensarkom. F. Landauer-Berlin.

Doppelte Urethra, von G. Kubig-Dresden. (Zbl. f. Gyn., 1926, Nr. 49, S. 3125.) Beschreibung einer doppelten Harnröhre bei einer 66jähr. Pat., die hinter der normalen verlief. Gleichzeitige Einführung zweier Katheter ergab Urin nach $3^1/_2$ cm Sondenlänge. Beschwerden machte die Abnormität nicht. Ein Wochenbett vor 40 Jahren war vollkommen normal verlaufen. F. Landauer-Berlin.

Über Blasenstörungen bei jungen Mädchen, von D. Teleky-Wien. (W. m. W., 1926, Nr. 39, S. 1159.) Bei Mädchen von 13—18 Jahren hat die Verf. mehrfach geringe Blasenbeschwerden beobachtet, die hauptsächlich in vermehrtem Harndrang und Schmerzen in der Blasengegend bestanden. Zystoskopisch konnte stets nur eine Hyperämie des Trigonums festgestellt werden. Verf. bezeichnet diese Erkrankung als Pubertätsreizblase und bringt sie in eine Reihe mit in dem Pubertätsalter auftretenden dysmenorrhoischen Beschwerden und virginellem Fluor. Es sind diese Symptome, die im allgemeinen zu wenig bekannt sind und falsch als Blasenkatarrhe oder Beschwerden infolge Onanie gedeutet werden, Entwicklungsstörungen, die ihre Ursache in dem stürmischen Wachstum der Genitalorgane und in den geänderten Zirkulationsverhältnissen am inneren Genitale haben. Die Prognose ist günstig. Die Therapie besteht in Alkalisierung des Urins, wasserarmer Kost und lauwarmen Sitzbädern. E. Langer-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Familienkundlicher Beitrag zur Pathologie der Jeanne d'Arc, von W. Lüdecke-Danzig. (Zschr. Sexualw., 1926, Bd. 13, H. 9, S. 308—312.) Jeanne d'Arc war eine asexuelle Transvestitin, deren Erotik sich völlig darin erschöpfte, als Mann gekleidet zu sein und zu handeln. Koitus kam bei deutlicher Atresie der Vagina überhaupt nicht in Frage. Sie war hereditär stark belastet (hellseherischer Vater u. a.).
E. Levin-Berlin.

Chirurgische Eingriffe bei Anomalien des Sexuallebens, von R. Mühsam, I. Chir. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1926, H. 10, S. 451.) Die von Steinach empfohlene Hodenüberpflanzung zur Bekämpfung der Homosexualität bei Männern hat zu keinem dauernden Erfolg geführt, da der überpflanzte Hoden schnell resorbiert wird. Aus dem gleichen Grunde dürfte auch bei vorzeitigem Erlöschen und

Digitized by Google

bei fehlendem Geschlechtstrieb der Hodenüberpflanzung ein Erfolg versagt bleiben. Die von Voronoff inaugurierte Behandlung der sexuellen Schwäche und der Alterserscheinungen durch Einpflanzung von Affenhoden ist als Heterotransplantation auf Grund von Experimenten abzulehnen. Dagegen kann durch die Kastration eine abnorme Steigerung des Geschlechtstriebes völlig beseitigt werden. Auch andere Sexualanomalien, wie Transvestitismus, homosexuelle Neigungen, werden durch die Kastration unterdrückt und die von diesen Anomalien beherrschten Menschen werden ruhig, arbeitsfreudig und brauchbar. Bei der Frau vermochte die operative Entfernung der Eierstöcke Sexualanomalien nicht zu beseitigen oder den Geschlechtstrieb in erheblichem Maße herabzusetzen.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Sex Hygiene of the New Zealand Maori (Sexuelle Hygiene der Neu-Seeland-Maori), von E. A. Rout-London. (Med. J. and Record, 1926, Bd. 124, Nr. 10. S. 614—615.) Von Bedeutung sind die Gewohnheiten der Naturvölker, bevor sie mit der europäischen Kultur in Berührung gekommen und dadurch verdorben worden sind. Die alten Maori waren auf großen Wanderungen in ihr jetziges Wohngebiet gekommen; sie sind bestrebt, alles Kranke von sich fernzuhalten und es ist bezeichnend, daß sie die Europäer als „krankes (syphilitisches) Volk" benennen. Da sie fast völlig nackt gehen, würden Haut- und Geschlechtskrankheiten bei ihnen sehr bald bemerkt werden; fremde Besucher mußten gleichfalls die Kleidung ablegen und mit ihnen nackt die Bewillkommnungstänze ausführen. Daher konnten sich Kranke gegenseitig ausschließen, für krank geltende Fremde wurden in besonderen Behausungen untergebracht, die später niedergebrannt wurden. Von frühester Jugend an wurden sie während der Wintermonate in gesundheitlicher und eugenischer Beziehung unterwiesen bis zur Zeit der Verlobung und Heirat, die mit besonderen Zeremonien vor sich ging. Nach dem gewöhnlich im Alter von 15 Jahren erfolgenden Verlöbnis fand eine Probezeit der Verheiratung von 8—10 Jahren statt, während deren die Verlobten zwar gemeinsam, aber zunächst wie Bruder und Schwester miteinander lebten; der erste Verkehr, der als religiöser Akt öffentlich vor sich ging, durfte erst nach eingehender gesundheitlicher Untersuchung und Unterweisung erfolgen. Die Heirat fand statt, wenn sie nach der Probezeit als geeignet füreinander und zur Erzeugung von Nachkommenschaft befunden waren; nur die kräftigsten und geeignetsten Männer durften Väter werden. Prostitution und Geschlechtsverkehr ohne Liebe waren unbekannt, Ehebruch als Vergehen gegen die Rassenkultur betrachtet. Für deren Verbesserung wurden die Männer für wichtiger gehalten als die Frauen. Beiderseitige geschlechtliche Befriedigung wurde als notwendig für das Eheleben betrachtet und durch Belehrung und Ausführung der Naturtänze die Erziehung des Körpers dazu befördert. Zahlreiche Mittel wurden angewendet, um zeitweilige Sterilität zu bewirken, künstlicher Abort war verfemt. E. Levin-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Gesundheitliche Beratung vor der Eheschließung, von J. Schwalbe. (D. m. W., 1926, Nr. 44, S. 1862; Nr. 45, S. 1911; Nr. 46, S. 1952; Nr. 47, S. 1989, und Nr. 48, S. 2041.)

Die Geschlechtskrankheiten und die §§ 358 und 498 Österr. StGB., von E. Finger-Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 47, S. 1368.) An Hand einiger Beispiele wird gezeigt, wie oft gerade bezüglich Geschlechtskrankheiten gegen die wichtigsten Forderungen gewissenhaften ärztlichen Handelns, pflichtbewußtes, nur auf die Gesundheit des Pat. gerichtetes Handeln und strengste Verschwiegenheit, verstoßen wird. Meist geschieht das bei Ehefrauen, teils aus schonender Rücksicht gegen die Frau oder aus Rücksichtnahme bzw. Wahrung des beruflichen Geheimnisses gegenüber dem Ehemann, der bei gleichzeitiger Behandlung der Ehefrau Verschwiegenheit des Arztes ihr gegenüber verlangt, teils aus der Verpflichtung heraus, den ehelichen Frieden zu schonen. Verf. weist energisch eine derartige Handlungsweise zurück, die nur dazu führt, daß der Pat. durch Vernachlässigung seines Leidens an seiner Gesundheit Schaden leidet und der Übertragungsmöglichkeit Vorschub geleistet wird. B. Peiser-Berlin.

Die Fürsorge für geschlechtskranke Kinder am Rudolf-Virchow-Krankenhaus, von A. Buschke und M. Gumpert, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (D. m. W., 1926, Nr. 44, S. 1863.) Erwiderung auf die Arbeit von Grumach in Nr. 26 der D. m. W. Grumach ermittelte durch größere Reihenuntersuchungen, daß der Prozentsatz geschlechtskranker Kinder 3,8‰ beträgt. Selbst die Hälfte dieser Zahl würde Veranlassung geben, für eine systematische Bekämpfung der Erkrankungen einzutreten. Es

Digitized by Google

gilt, die sozialen Verhältnisse zu erkunden, die Nachbehandlung zu kontrollieren und etwa erforderliche Fürsorgemaßnahmen einzuleiten. Maßnahmen, die seit Februar dieses Jahres von der dermatologischen Abteilung des Virchow-Krankenhauses betrieben werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der angeblich besonderen Häufigkeit von Geschlechtskrankheiten unter der Schuljugend, von v. Brunn-Rostock. (D. m. W., 1926, Nr. 50, S. 2129.) Verf. hat zahlreiche Kinder, die aus ungünstigen häuslichen Verhältnissen stammen, auf Tripper untersucht. Unter 1449 Mädchen fand sich kein einziger Fall. Alljährlich werden bei fast genau 10000 Schulkindern nur 4—8 Fälle von gonorrhoischer Vulvitis beobachtet.

F. Harry-Wiesbaden.

Lebensweise und Syphilis unter den obdachlosen Kindern, von Moskwin. (Prophylaktitscheskaja Medicina, 1926, Nr. 12.) Die Untersuchung von 200 obdachlosen Kindern Charkows (170 männliche, 30 weibliche) ergab, daß 6% im Alter von 4—6 Jahren, 89.5% in dem von 7—16 Jahren standen und den Rest Halbwüchsige bildeten. Wie die bei allen vorgenommene WR ergab, waren aber nur 7% syphilitisch.

A. Jordan-Moskau.

Verschiedenes

Ferdinand von Hebra und die Dermatologie unserer Zeit, von L. Arzt. (W. kl. W., 1926, Nr. 47, S. 1353.) Antrittsvorlesung gelegentlich der Übernahme der Wiener Klinik. Es wird besonders darauf eingegangen, daß Hebra nicht einseitig, wie noch vielfach angenommen, die Hauterscheinungen vom rein morphologischen Gesichtspunkt betrachtet hat, sondern immer wieder darauf hinwies, daß die Haut als integrierender Bestandteil des Gesamtorganismus zu betrachten ist. B. Peiser-Berlin.

The Value of the Study of Histopathology in Cutaneous Medicine (Über die Bedeutung der Histopathologie für die Dermatologie), von W. J. Highman-New York. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 18, S. 1459.) Hinweis auf die außerordentliche Bedeutung der Histopathologie der Haut, der in Amerika noch nicht die genügende Beachtung entgegengebracht wird. An Hand von Zitaten aus der Literatur wird gezeigt, wie wenig präzis und wie unklar sehr viele histologische Beschreibungen sind.

A. Holländer-Bielefeld.

Anatomie und Physiologie der Haut

Zur normalen und pathologischen Physiologie des Schwitzens (1. Mitteilung), von W. Borchardt. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, Bd. 30, H. 10, S. 629.) 22 Untersuchungen über die Schwitzfunktion wurden bei 15 Personen angestellt, wobei Verf. bei 7 Personen Temperaturanstiege, Schwächezustände und Pulsbeschleunigungen feststellte, die er indirekt auf zu geringe Schweißabgabe zurückführte. Die ungenügende Wärmeregulation ist wohl konstitutionell bedingt. Die festgestellte Muskelermüdbarkeit ist auf Erschöpfung der Kalireserven des Körpers zurückzuführen. Bei Untersuchung auf Tropenfähigkeit ist auf diesen konstitutionellen Faktor Rücksicht zu nehmen.

P. Unna jr.-Hamburg.

Racial Characters of Skin in Relation to Health (Rasseneigenschaften der Haut in ihrer Beziehung zur Gesundheit), von H. J. Fleure. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3437, S. 953.) Fleure widmet seine Gedächtnisrede auf Malcolm Morris einer Betrachtung über die Rassencharaktere der Haut mit Beziehung auf ihre Gesundheit. Beim primitiven Menschen bilden sich Unterschiede in den allgemeinen Eigenschaften der Menschheit, Haararmut und Wärmeausstrahlung, aus. Die Farbe der Haut ist verschieden; wenn die Ansicht von Hill und Huntingtom zutrifft, daß die physiologische Wirksamkeit der Haut am größten ist in einem Klima mit kühler Temperatur, Temperaturwechsel und Stürmen, so können wir schließen, daß die Menschen vor der Differenzierung in einem solchen gelebt haben. Die ersten Typen der neueren Zeit haben wahrscheinlich eine pigmentierte Haut gehabt; die Pigmentierung ist eine allgemeine Hautreaktion auf Licht. Nach der Art des Haarwachstums zu urteilen, hat der frührezente Mensch Haar gehabt, welches tief in die Haut gebettet war und dessen Follikel die Form von ungefähr 50—80° zu der Oberfläche geneigten Linien hatten. Andere Haarformen, wie wir sie jetzt bei Mongoliden, Papuas finden, sind besonders spezialisiert. Die Hautfarbe subtropischer Völker enthält rote und braune Komponenten; sie finden sich auch in der Haut der Europäer, und es finden sich fließende Übergänge zwischen Schwarzen und Weißen. Die Körperhaut der afrikanischen Waldpygmäen hat oft viel Lanugohaare;

Digitized by Google

diese Menschen reifen und sterben früh, sie stellen mit ihren schwach entwickelten Nasen, ihrer Prognathie Überreste einer sehr alten Variante des rezenten Menschen dar mit Degenerationszeichen. Mit dem Weichen des Eises und dem Auftreten von Grün und Wolken trat wegen schwächerer Pigmentprovokation eine Bleichung der in den nichtarktischen Gegenden wohnenden Europäer ein; einige Menschen mit alten dunkeln Charakteren findet man noch in verschiedenen Ländern. Wo Westwinde wehen, sieht man im Winter die Blutgefäße leicht in der ziemlich zarten Haut, in den Regionen mit strengem Winter ist ein ziemlich lebloses Weiß vorherrschend. In mildem Klima können die Blutgefäße nahe der Oberfläche liegen; mit stetiger Winterstrenge scheint eine Rückbildung der oberflächlichen Gefäße Hand in Hand zu gehen. Die relative Haarlosigkeit des frührezenten Menschen besteht auch vielfach beim Europäer, und das Haar ist typisch gewellt. Das zentrale Hochland Asiens exponiert die Haut den ultravioletten Strahlen, und braune Färbung ist gewöhnlich. Die Haut, ob gelb oder braun, ist trocken, Haar- und Schweißdrüsen spärlich; die Bevölkerung Amerikas stammt zum Teil von Personen mit solcher Hautbeschaffenheit ab. Wenn Europäer in die Tropen gehen, läßt die helle Haut die aktinischen Strahlen durch, und die Empfindlichkeit der Haut bringt dabei besonders den Kindern Gefahr. Die hellsten Europäer sind besser zum Land- als zum Stadtleben geeignet. Der kurze, dunkle, langschädlige Mensch, der in Städten und Moorlandschaften wohnt, hat oft weniger Energie und Initiative: er neigt zur Tuberkulose, doch scheint sie für ihn weniger verhängnisvoll zu sein, als für die helleren Typen. L. Leven-Elberfeld.

Allgemeine Physiologie

Kolloidchemie und Medizin, von W. Pauli-Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 2, S. 54.) Zusammenfassende Arbeit über das Wesen der Kolloide und der ihnen nahestehenden Substanzen. Muß im Original nachgelesen werden. M. Cohn-Dresden.

Mikroskopische Technik

Die Färbung der Paschenschen Körperchen durch Versilberung, von M. A. Morosow. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 100, H. 7/8, S. 385.) Ein dünner Ausstrich des Pockenrohstoffes wird an der Luft getrocknet, dann für 10—15 Minuten vertikal in Aq. dest. gebracht und nach erneuter Trocknung mit 15 Tropfen der Lösung A bedeckt. Die Lösung A besteht aus: 1 ccm Essigsäure, 2 ccm 40%iges Formalin, 100 ccm Aq. dest. Nach 1 Minute wird die Lösung abgegossen, mit Wasser abgespült und mit einer Lösung B (1 ccm Karbolsäure, 5,0 Tannin, 100 ccm Aq. dest.) 30—60 Sekunden unter Erwärmung bis zum Aufsteigen von Dämpfen gebeizt. Dann Abspülen 30 Sekunden mit Wasser und Versilberung nach Fontana-Tribondeau. Die Silberlösung (20 ccm Aq. dest. + 1 Platinöse 25%iges Ammoniak + tropfenweise 10%iges $AgNO_3$ bis zur leichten Opaleszenz) wird auf den Objektträger gebracht, 1—2 Minuten erwärmt, bis Braunfärbung, teilweise auch Schwärzung eintritt, mit Wasser abgespült. Die Paschenschen Körper sind ziemlich grob und schwarz. Die Aufbewahrung der Präparate erfolgt unter Paraffinölverschluß. F. Harry-Wiesbaden.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Weitere Untersuchungen zur Frage der Antikörperbildung in der Haut, von H. Fernbach und F. Hepner, Univ.-Kinderkl. Leipzig. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 100, H. 7/8, S. 358.) Der Anreiz zur Agglutininbildung erfolgt nicht durch Molekulardispers, sondern durch kolloidal verteilte Vakzinebestandteile. Ultrafiltrat der Vakzine ist wirkungslos, Bakterienrückstand wirkte bei intrakutaner Injektion später als Vollvakzine und Tonkerzenfiltrat. Der Agglutinationstiter im Blaseninhalt über intrakutanen Injektionsstellen und Kontrollstellen ist dem des Blutes, das zur gleichen Zeit wie der Blaseninhalt dem Körper entnommen ist, gleich. Schneidet man eine Stunde nach der Injektion des Antigens die Injektionsstelle heraus, so tritt die Agglutination genau so wie bei den Kontrolltieren auf. Verff. sind der Ansicht, daß auch bei intrakutaner Vakzination die Agglutinine in der Milz gebildet werden. Toxische Erscheinungen können beim Menschen schon eine Stunde nach der intrakutanen Vakzininjektion eintreten. Tiere reagieren schon nach 15 Minuten mit Temperaturerhöhung.
F. Harry-Wiesbaden.

Experimentelle Untersuchungen über Abwehrreaktionen des jugendlichen Organismus, von J. Becker-Bonn. Verhandlg. d. Dtsch. Ges. f. Kinderhlk. Düsseldorf.

Digitized by Google

(Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 3/6, S. 207.) Die Retikuloendothelien vermögen auch beim jungen Tier im Alter von wenigen Tagen zu speichern. Sie werden aber im Gegensatz zum erwachsenen Organismus nach wenigen Minuten bereits in die Blutbahn abgestoßen. Lokale Zellwucherungen konnten beim jungen Tier nicht beobachtet werden. Vielleicht beruht die Neigung des jugendlichen Organismus zur septischen Verlaufsform bei Infektionen auf diesen Vorgängen. R. Ley-Kreuznach.

Über die Entstehungsbedingungen des Strophulus und der idio-ergischen Reaktionen, von H. Abels-Wien. Verhandlg. d. Dtsch. Ges. f. Kinderhlk. Düsseldorf. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 3/6, S. 401.) Der Strophulus und andere Arten späterer Urtikaria des Kindesalters werden sehr häufig von Grippeinfektionen, aber auch von Schnupfen und den leichten sogenannten Verkühlungen begleitet. Nicht so selten eilt der Strophulusausbruch den üblichen Erscheinungen um einen oder mehrere Tage voraus. Man gewinnt so den Eindruck, als ob die Reaktion zwischen Makroorganismus und Mikroben schon irgendwie in der Haut sich abspielt. Da sie nur bei einer angeborenen eigentümlichen Beschaffenheit des Individuums sich einstellt, so können wir sie als idio-ergische Reaktion bezeichnen. Überempfindlichkeit besteht nur manchmal gegen Stoffe, die aus der Nahrung entstammen, meist sind es Stoffwechselprodukte von Mikroben. R. Ley-Kreuznach.

Anaphylaxie und Röntgenbestrahlung. Bemerkungen zur Mitteilung von Klewitz und Wigand in dieser Zeitschrift, 1926, Bd. 50, H. 3/4, von K. Hajós. (Zschr. f. d. ges. exper. M, 1926, Bd. 53, H. 3/4, S. 597.) Der Verf. hält an den Schlußfolgerungen seiner Versuchsergebnisse, nämlich, daß mit der Röntgenbestrahlung bei einer großen Zahl Meerschweinchen der anaphylaktische Chok verhindert wird, fest, da die Versuche von Klewitz und Wigand unter abweichenden Verhältnissen angestellt seien. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Gelungene passive Übertragungsversuche bei Arzneiidiosynkrasien, von M. Lang und O. Dér, Hautkl. Fünfkirchen. (M. m. W., 1927, Nr. 2, S. 59.) 48jährige Psoriatika mit Idiosynkrasie gegen Chinin per os und intrakutan. Perkutane Sensibilisierung mittels Auflegung von Gazeläppchen mit 5%iger Chininlösung gelang nicht. Übertragung von 1 ccm des Krankenserums auf ein Meerschweinchen, subkutan. $5^1/_2$ Std. später 0,1 ccm einer 2,5%igen Chininlösung intrakutan. Schüttelfrost und Unruhe. Nach 14 Tagen Exitus. Bei der Sektion mäßige Injiziertheit der Lungen und interstitielle Blutungen. In anderen Versuchen wurde das Antigen vorher verabreicht und nachher der Antikörper injiziert. Es ist gelungen, die Arzneiidiosynkrasie passiv zu übertragen; die Verff. teilen mit, daß auch passive Übertragungen bei Jodoform-, Jod- und Salvarsanidiosynkrasie gelungen sind. M. Cohn-Dresden.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Sammelreferat über Hautkrankheiten und Infektionen des Kindesalters, von C. Leiner. (Mschr. f. Kinderhlk.. 1927, Bd. 35, H. 1, S. 1.)

Zur Lehre von den kindlichen Diathesen, von P. Tachau-Braunschweig. (Kl. W., 1926, Nr. 50, S. 2352.) Die exsudative Diathese setzt sich aus zahlreichen Einzeldispositionen oder -bereitschaften zusammen, die allein oder auch in Kombination auftreten können. Wahrscheinlich sind u. a. bestimmte Anlagefehler der betreffenden Organe verantwortlich zu machen. Die Untersuchung von 198 Kindern unter 2 Jahren, und zwar nur hautgesunder Kinder und solcher mit Ekzemen, ergab, daß die herangezogenen Systemdispositionen — 1. Ekzembereitschaft, 2. Neigung der Schleimhaut der Atemwege zu rezidivierenden Katarrhen, und 3. Neigung der lymphoiden Organe zu Hyperplasien — prinzipiell isoliert vorkommen können. Aber auch die Kombination mehrerer miteinander ist recht häufig. Ein bestimmter Habitus oder Ernährungszustand kommt für die exsudative Diathese nicht in Frage, so daß man auch nicht mehr von dem fetten und mageren Typus des exsudativ-diathetischen Kindes sprechen, sondern diese nur als äußerste Grenzfälle ansehen kann. Verf. will den Begriff der Diathese vorbehalten wissen als Bezeichnung „für eine Häufung von bestimmten Organ- oder Systemdispositionen, die nicht auf eine bekannte, gemeinsame Ursache zurückgeführt werden können und deren Zusammenhang in seinem Wesen ebenfalls unbekannt ist". E. Langer-Berlin.

Action de la peptone de Witte sur le bourgeonnement des plaies cutanées expérimentales chez le cobaye (Die Wirkung des Wittepeptons bei der Sprossenbildung in experimentellen Hautwunden beim Meerschweinchen), von F. Roulet. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 35, S. 1340.) Die Arbeit ist eine Bestätigung der

Digitized by Google

Carrelschen Anschauung über die Peptonwirkung auf Zellkulturen. Verf. konnte zeigen, daß mit Wittepepton, das in 3%iger wäßriger Lösung örtlich in experimentell gesetzte Hautwunden von Meerschweinchen gebracht wurde, genau dasselbe zu erreichen ist, wie mit dem Saft von Hühnerembryonen. Es entsteht 18 Stunden nach der Injektion ein dichteres, pseudodermatisches Gewebe, mit schnellerer Tendenz zur Epithelisierung als nach Embryonalsaft. F. Jacobsohn-Berlin.

Les réactions du système nerveux de la vie organo-végétative dans les dermatoses (Die Reaktionen des organo-vegetativen Nervensystems bei den Hauterkrankungen), von M. Fabre. (Thèse de Paris, 1926. Presse méd., 1926, Nr. 97, S. 1530.) Die Untersuchungen des Verf. über das Verhalten des Sympathikus und Parasympathikus bei verschiedenen Dermatosen lassen eine Hypertension des Sympathikus bei Herpes, Herpes zoster und Pemphigus erkennen, während bei Urtikaria, Area Celsi und Vitiligo eine Spannungssteigerung des Parasympathikus nachzuweisen war. Allerdings bieten diese Beobachtungen keinen definitiven Abschluß dar, und man kann danach nicht etwa eine Einteilung der Dermatosen in solche des sympathischen und solche des parasympathischen Systems vornehmen. Vorläufig stellen diese Forschungen nichts anderes dar als einen Hinweis auf einen physio-pathologischen, bei der Entstehung von Dermatosen mitwirkenden Faktor dar. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

L'éosinophilie sanguine dans les états anaphylactiques (Eosinophilie des Blutes bei anaphylaktischen Zuständen), von P. Vallery-Radaut, P. Blamoutier und F. Claude und P. Giroud. (Presse méd., 1926, Nr. 102, S. 1601). Bei über 250 Kranken wurden Blutuntersuchungen vorgenommen und festgestellt, daß anaphylaktische Krisen durchaus nicht immer mit Eosinophilie verbunden sind. Auch bei künstlicher Hervorrufung eines anaphylaktischen Anfalls ist Eosinophilie nicht zu erzeugen. Bei Urtikaria, Quinkeschem Ödem und Migräne ist Eosinophilie nur in einem geringen Prozentsatz nachweisbar. Bei den anaphylaktischen Krisen der Atmungsorgane, wie Asthma und Heuschnupfen, finden sich in 75% der Fälle eine erhebliche Eosinophilie.
F. Rosenthal-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Les injections de salicylate de soude (Die Einspritzungen von Natr. salicyl.), von R. Levent. (Gaz. des hôp., 1927, Nr. 2, S. 25—27.) Durch die gut vertragenen intramuskulären und intravenösen Einspritzungen werden Unannehmlichkeiten der internen Darreichung vermieden. Manche Personen scheinen eine gewisse Intoleranz zu besitzen. Die Methode der Einspritzungen kommt besonders in Betracht, um eine schnelle und kräftige Wirkung zu erzielen und um örtlich die antiseptischen und reizenden Eigenschaften auszumerzen, so besonders zur Verödung variköser Venen. Kontraindikationen bestehen bei Herz-Nierenkranken, schlecht kompensierten Herzleiden, erhöhtem Blutdruck. E. Levin-Berlin.

Über ein neues Schwefelpräparat und seine Anwendung in der Dermotherapie, von Hübner, Hautstat. Städt. Krkhs. Elberfeld. (D. m. W., 1926, Nr. 49, S. 2075.) Verf. empfiehlt Schwefel-Diasporal zur Behandlung von Acne vulgaris, Eczema seborrhoicum und Seborrhoea capitis. F. Harry-Wiesbaden.

Die Verwendung von Kalium permanganicum in stark konzentrierter Lösung, von O. Steim. (M. m. W., 1926, Nr. 50, S. 2123.) In der stark konzentrierten Lösung 10:160 wendet Verf. Kal. perm. bei Furunkulose, Krätzeekzemen, bei Karbunkeln im Nacken und Zellgewebsentzündungen an. Auch bei tieferliegenden Abszessen trat nach Pinselung Schmerzlinderung und rasche Erweichung ein. Weiter gute Erfolge wurden beobachtet bei Fissuren, Erysipel, Pruritus vulvae, Intertrigo usw. Keine nachteiligen Folgen, im Gegenteil wird das Mittel angeblich besser vertragen als Jodtinktur.
M. Cohn-Dresden.

Action du permanganate de potasse en poudre sur les tissus vivants fraîchement cruentés (Über die Wirkung des übermangansauren Kaliums in Pulverform auf frisches blutendes Gewebe), von Aurégan, Lannion. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1926, Bd. 96, Nr. 43, S. 576—578. Blutende Wunden, z. B. nach Exkochleation von Lupus, Angiomen, Naevus, werden mit feuchten, reichlich mit übermangansaurem Kalium bedeckten Tampons energisch ausgerieben. Unter starker Wärmeentwicklung kommt die Blutung sehr schnell zum Stehen, es bildet sich eine schwarze Kruste, die nach 2—3 Wochen abfällt. Intoxikationsgefahr besteht nicht, jedoch sollen keine zu großen Flächen behandelt werden, weil sonst die mit ausgedehnten Verbrennungen verbundenen Gefahren eintreten.
E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Die Behandlung von schlecht heilenden Affektionen der Haut durch eine kupferhaltige Salbenzusammenstellung, von Lucke-Berlin. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 23, S. 763) Vorsichtige und kritische Empfehlung der Philoninsalbe (Chem. Fabrik Promonta, Hamburg), welche eine Kupferverbindung, eine nicht eiweißfällende Jodsäure, lokal ätzendes Argentum, Trypaflavin, Perubalsam und Zinc. oxyd. enthält.
F. Jacobsohn-Berlin.

Vom Asphalt über die Mumie zum Ichthyol, von F. Netolitzky, Czernowitz. (Pharm. Zentralhalle, 1927, Nr. 1, S. 2.) Im Altertum wurde Asphalt verwandt bei der Wundbehandlung, Hautrötung, Geschwüren, bei zahlreichen juckenden Hautkrankheiten, Erysipel, Frauenkrankheiten, Nervenschmerzen, Gicht usw. Die Araber entdeckten in den konservierten ägyptischen Leichen eine ausgiebige Quelle des ihnen vertrauten Heilmittels. Man glaubte, der Asphalt bewirke die Erhaltung der Leichen. Der Name für Asphalt „Mumia" wurde später auf die ganze Leiche angewandt. In Frankreich wurde im 14. Jahrhundert und später das Fleisch einbalsamierter Leichen als Heilmittel benutzt. Ein anderer bituminöser Stoff, Lapis gagates (Gagatöl) wurde ebenfalls schon im Altertum als Medikament gebraucht. Die Ölbereitung aus Seefelder bituminösem Schiefer hält sich noch im Anfang des 19. Jahrhunderts an eine alte arabische Vorschrift. Vor der wissenschaftlichen Verwendung hat das Volk das Rohichthyol schon benutzt. P. G. Unna war es, der vor mehr als 40 Jahren das Ichthyol in den dermatologischen Arzneischatz einführte.
A. Holländer-Bielefeld.

Über Erfahrungen mit der „Lyssia-Salbe", von G. H. Schneider, Städt. Krkhs. Hindenburg, O.-S. (M. Kl., 1927, Nr. 2, S. 61—62.) Empfehlung bei Schrunden, Rhagaden der Brustwarzen, zur Prophylaxe und Heilung, ferner bei Unterschenkelgeschwüren, Verbrennungen, Hämorrhoiden.
E. Levin-Berlin.

Über Eigenbluttherapie, von J. Vorschütz, Chirurg. Abt. Marienkrkhs. Hamburg. (M. Kl., 1927, Nr. 2, S. 41—45.) Gute Erfolge u. a. bei Furunkeln, Karbunkeln und Schweißdrüsenabszessen der Achselhöhle; Umspritzungsmethode ist bei ersteren nicht notwendig, meist sehr schmerzhaft. Ferner Anwendung bei Erysipel, wobei jedoch intravenöse Einspritzung frischen defibrinierten Blutes erforderlich ist, ebenso bei chronischen Ekzemen, Pruritus; hier können auch 6—10 intrakutane Quaddeln gesetzt werden.
E. Levin-Berlin.

Zur Proteinkörpertherapie in der Landpraxis, von Guhrauer, Tambach-Dietharz, Thür. Wald. (Ther. d. Gegenw., 1926, H. 11, S. 526.) Verf. verwendet mit Vorliebe bei akuten Ekzemen, Wunden und Ulzerationen Aolan, das er intrakutan (2 Quaddeln zu 0,5 ccm) oder intramuskulär verwendet. Beschreibung eines Falles mit Pyodermien, eines mit infizierter Quetschwunde, eines mit nässendem Ekzem und eines mit Panaritium. Bei diesen 4 Fällen wirkte das Aolan nach vorheriger vergeblicher einfacher Therapie schnell heilend. Durch Selbstversuch stellte Verf. fest, daß die Injektion des Aolan bei dekompensierten Herzerkrankungen zu widerraten ist.
H. Colman-Berlin.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Drei Fälle von Sanokrysinexanthem bei Lupus erythematodes, von A. Godinho, Derm. Kl. Bern. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 2, S. 37—40). Von sechs mit Sanokrysin behandelten Lupus-erythematodes-Fällen zeigten drei Arzneiausschläge, obwohl die zur Anwendung gekommenen Dosen weit unter den für innere Tuberkulosen angegebenen lagen. Die Exantheme, besonders im Gesicht und Streckseiten der Extremitäten, glichen stellenweise dem Erythematodes. In einem Falle außerdem Stomatitis, in einem anderen Nephritis; hier auch auf äußere Applikation von Sanokrysinlösung schwere Blutungen und Petechienbildung, also Gefäßschädigung. Die therapeutischen Erfolge bei Erythematodes und Hauttuberkulose waren gute, wenn auch nicht regelmäßige, auch muß bezweifelt werden, ob es sich um Dauererfolge handelt.
E. Levin-Berlin.

Chronische Arsenvergiftung durch eine Tapete, Purpura rheumatica, von K. Tiling, Neuwied a. Rh. (D. m. W., 1926, Nr. 50, S. 2126.) Die Beschwerden bestanden in Schmerzen in den Füßen beim Stehen und Gehen, vorwiegend in den Grundgelenken der Zehen, Außenkante des 5. Metatarsale und Ferse. Außerdem traten Unterhautblutungen an Unterschenkeln und Fußrücken in großer Menge auf. Die Fingergelenke waren zeitweise verdickt und steifig. Die Blutungen nahmen nach warmem Bad zu. Beim Aufstützen der Ellenbogen stellten sich Blutflecke ein. Keine Schleimhautblutungen. Unvermittelt traten Koliken auf, an einem Tag war das Sehvermögen gestört. Ein besonders lästiges Symptom war die Wochen anhaltende Kälte der Beine.

Digitized by Google

Die Diagnose wurde ex juvantibus gestellt, und zwar durch Arsenmedikation. Es erfolgte eine massive Aussaat neuer Blutflecken und heftige Schmerzen mit Verdickung am Periost, zur gleichen Zeit ergab die Untersuchung der Tapete, daß sie stark arsenhaltig war. Ehefrau und Kind waren nie erkrankt. F. Harry-Wiesbaden.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Die Reiztheorie und die Lichtbehandlung, von A. Theilhaber-München. (Strahlenther., 1926, Bd. 24, H. 2, S. 372.) Mit jeder Art Lichtstrahlen kann man wie mit jeder anderen Reize nach dem Grade der Dosierung, reparable oder irreparable Veränderungen in der Struktur der Zelle hervorrufen. Die Abwehrfähigkeit eines Organes kann gesteigert und geschwächt, seine Ernährung, seine Funktion, sein Blutgehalt vergrößert oder vermindert werden. Bei Uterusblutungen wirken kleine Dosen durch Uteruskontraktionen vorübergehend blutstillend. Große Dosen beseitigen die Hyperämie des Uterus durch Zerstörung der Ovarialfunktion dauernd. Hochfrequenzströme wirken bei intrauteriner Diathermierung blutstillend durch akute Schleimhautentzündung, die die venöse Stase beseitigt. Bei der Röntgenbestrahlung des Krebses dürfen die natürlichen Schutzkräfte des Körpers nie geschädigt werden. Darum verwendet Verf. bei der Krebsbehandlung „verzettelte" kleine Dosen. Die Befürchtung, daß kleine Röntgendosen das Wachstum der Geschwulst steigern, ist unbegründet. Die Nachbehandlung operierter Krebse unterstützt Verf. durch Diathermie, Aderlässe und Injektionen lymphozytärer Substanzen. Kleine Krebsgeschwülste können mit Diathermie allein beseitigt werden. Ähnlich wie Röntgenstrahlen und Diathermie wirkt der Reiz des Sonnenlichtes. Schwache Lichtreize können Krebs heilen, starke ihn erzeugen (Radium-Röntgenkrebse). Dem Sonnenlicht wird die maligne Entartung des Xeroderma pigmentosum zugeschrieben.
E. Kottmaier-Mainz.

Some Aspects of the Biological Action of Light (Einige Bemerkungen über die biologische Wirkung des Lichts), von F. Nagelschmidt-Berlin. (Med. J. and Record. 1926, Bd. 124, Nr. 12, S. 776—778.) Die großen Differenzen auf dem Gebiete der Lichtbehandlung beruhen auf der ungenügenden Berücksichtigung der physikalischen Zusammensetzung der von den Lampen ausgesendeten Strahlen und der Schwierigkeit der Messung, ferner auf der komplizierten Art der Reaktion des biologischen Objektes, speziell des Menschen. Bei allen Lichtquellen sind die sichtbaren und die unsichtbaren infraroten und ultravioletten Strahlen zu berücksichtigen. Zur exakten Messung müßte eigentlich eine Zerlegung des Lichtes durch das Spektrum vorgenommen werden, was für die Praxis nicht durchführbar ist; außerdem kommt aber noch für die Wirkung die Absorption durch die speziellen Gewebe in Betracht. Die verschiedene Wirkung zeigt sich z. B. darin, daß Strahlen, die auf das Wachstum des Sarkoms fördernd wirken, das des Karzinoms beeinträchtigen. Die Neonlampe ist die beste monochromatische Lampe, bei der die infraroten Strahlen ausgeschaltet sind. Sie hat eine ausgezeichnete Wirkung auf Schmerzen, sowie eine antileukotaktische und antiphlogistische Wirkung. Die Wirkung der Lichtbäder kann nur durch direkte oder indirekte Reizung des sympathischen Nervensystems und eine auf der Veränderung des Gleichgewichtes zwischen sympathischem und parasympathischem Nervensystem beruhende Beeinflussung der inneren Sekretion erklärt werden. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Der XI. Kongreß der Schweizerischen Dermatologischen Gesellschaft findet am 28. Mai unter dem Vorsitz von Prof. Edwin Rambl in Lausanne statt.
R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 15 (Bd. 84) 9. April 1927

Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses in Lemberg (Primarius Doz. Dr. Leszczyński)

Experimentelle Beiträge zur Ätiologie des Lupus erythematodes

Vorläufige Mitteilung

Von

Dr. Lauba Füllenbaum und Dr. Ludwig Fleck

In den früher aus unserer Abteilung veröffentlichten Arbeiten [1]) haben wir über unsere Untersuchungen und Schlußfolgerungen, die Ätiologie und Pathogenese des Lupus erythematodes betreffend, bereits berichtet. Wir sind nämlich zur Überzeugung gelangt, daß der Lupus erythematodes nicht ausschließlich durch die Tuberkelbazillen, sondern auch unter Umständen durch andere Bakterien, wie Eiterkokken, Intestinalbakterien, bei Disponierten hervorgerufen wird.

Wie bekannt, sind wir mit dieser Ansicht nicht alleinstehend. Wir haben uns bis jetzt in unserer Beweisführung, außer auf klinische Erfahrungen, hauptsächlich auf die Herdreaktion gestützt, welche bei unseren Kranken nach subkutaner Injektion des betreffenden Antigens erschien. Jeder Kranke wurde nämlich einer probatorischen Subkutaninjektion von Tuberkulin, Eiterbakterienvakzine nach Delbet und Enterovakzine nach Danysz nacheinander am Arm unterworfen. Die stärkste — evtl. die alleinige — Herdreaktion, die im Aufflackern des Krankheitsherdes bestand, als die dem ätiologischen Faktor entsprechende aufgefaßt.

Auf diese Weise wurden in etwa 30% die Tuberkelbazillen, in etwa 60% Eiterbakterien und in etwa 10% Darmbakterien als wahrscheinliche Erreger gefunden. Die Analyse und Deutung dieser Herdreaktion ist Gegenstand unserer weiteren Versuche, über welche wir hier kurz berichten wollen.

Vorerst war die Spezifität der Reaktion festzustellen. Zu diesem Zweck haben wir drei Serien von Experimenten vorgenommen:

1. Die auf Delbet positiv reagierenden Patienten erhielten subkutane Injektionen anderer bakterieller Suspensionen, und zwar Koli-, Typhusvakzinen, auch unspezifische Eiweißstoffe, wie Milch, Bouillon. Es entstanden keine Herdreaktionen. Auch der therapeutische Effekt blieb aus.

[1]) Dr. L. Füllenbaum, Przegl. Dermat., 1923, Nr. 2 und 3 und Acta Dermat. Vener., Bd. 7, H. 3.

Digitized by Google

2. Wir haben die spezifischen Antigenstoffe der Delbetvakzine durch einstündiges Kochen im Autoklav vernichtet. Nachher konnte mit derselben keine Herdreaktion ausgelöst werden, obwohl die Lokalreaktion am Orte der Injektion wie gewöhnlich erschien.

3. Als serologisches Beweismittel haben wir das Komplementbindungsverfahren angewendet, dessen Ergebnis aus folgender Tabelle ersichtlich ist:

Fall Nr.	Herdreaktion nach		Serologische Reaktion (Komplement-Bindung)		
	Delbet-Vakz.	Danysz-Vakz.	Delbet-Vakzine 1 + 1 NaCl bis 1 + 15 NaCl	Danysz-Vakzine 1 + 0 NaCl bis 1 + 4 NaCl	Wassermann
			Versuchsfälle		
1	+	−	++++ bis ++	− − −	−
2	+	−	+++ bis +	− − −	−
3	−	+	− − −	++++ bis +	−
			Kontrollfälle		
4	−	−	− − −	++ bis −	++++
5	−	−	+++ bis −	− − −	−
6	−	−	− − −	− − −	−

Die Sera (inakt.) und Antigene wurden auf Eigenhemmung geprüft. Das Blut wurde den Kranken natürlich vor den probatorischen Injektionen entnommen. Fall 1, 2, 3: Lupus erythematodes. Diese Fälle zeigten keine Herdreaktion auf Tuberkulin.

Als Kontrollen wurden gewählt:

Fall 4: Lues tertiaria, als negative Kontrolle, um ein unspezifisches kolloidchemisches Komplementablenken auszuschließen.

Fall 5: als positive Kontrolle, ein mit Delbet wegen Eiterung nach Operation Behandelter, um die Brauchbarkeit der Versuchsanordnung zu beweisen.

Fall 6: normales Blut als weitere negative Kontrolle.

Die auf Delbet- oder Danyszvakzineinjektionen mit einer Herdreaktion reagierenden Kranken gaben also auch die Komplementbindungsreaktion mit dem betreffenden Antigen.

Die Spezifität der Herdreaktion erscheint uns demnach als im Rahmen genannter Versuche bewiesen und erlaubt den Schluß, daß in den angewandten polyvalenten Antigengemischen sich der betreffende ätiologische Faktor befindet.

Ähnliche Ansicht, wenn auch auf anderem Wege erreicht, finden wir schon im Jahre 1915 durch Barber geäußert. Derselbe hat auf Streptokokken als ätiologischen Faktor bei Lupus erythematodes hingewiesen. Seine später in Gemeinschaft mit Eyre, Knott und Mutch erschienenen Arbeiten verfolgen dieselbe Auffassung.

Nach Barber ist eine allgemeine und eine Herdreaktion nach der Autovakzine sowie die Anwesenheit der Agglutinine und Präzipitine im Blute als Beweis für die Pathogenität einer Bakterienart erforderlich. Mit einer solchen Vakzine erzielte er und andere seinem Beispiele folgende amerikanische und englische Autoren beachtenswerte therapeutische Erfolge.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL KLINIEK LABORATORIE NOT TO BE REMOVED.

Wir sind nun im Gange, anstatt der polyvalenten Vakzine Danysz oder Delbet ihre Komponenten, d. h. separat Staphylokokken, Streptokokken, Bacillus pyocyaneus, Bac. coli, Enterokokken usw., evtl. vom Patienten selbst gezüchtete Stämme auf ihre Wirkung in vivo et in vitro zu untersuchen (Endotoxine, Ektotoxine?).

Interessant ist, daß in einem Delbetfalle Bacillus pyocyaneus als wirksamster Faktor gefunden wurde, welcher eine viel stärkere Herdreaktion als die Delbetvakzine in toto gab.

Die Pathogenese des Lupus erythematodes scheint ziemlich kompliziert zu sein. In den zitierten Arbeiten wurde unser, den Ansichten von Gennerich, Kreibich, Volk naher Standpunkt ausführlich dargestellt.

Der Lupus erythematodes scheint eine durch Licht provozierte Krankheit der durch verschiedene, fern vom Krankheitsherde sich befindende, bakterielle Antigene sensibilisierten Haut zu sein, wozu eine Miterkrankung der Drüsen als Zwischenglied hinzukommt.

Durch unsere bisherigen Versuche glauben wir den Beweis des polyantigenen Charakters der Krankheit und der Spezifität des bakteriellen Antigens für jeden einzelnen Fall erbracht zu haben.

Als weitere Aufgabe schwebt uns unter anderen das künstliche Hervorrufen eines Lupus-erythematodes-Herdes durch die gemeinsame Wirkung von bakteriellen Antigenen und der aktinischen Provokation bei Disponierten, evtl. bereits an anderen Körperstellen Erythematodeskranker vor.

Das mikrochemische Verhalten der Lepraerreger und der Tuberkelbazillen

Von

Prof. A. Paldrock

Direktor der Dermatologischen Universitätspoliklinik in Dorpat

Den Unterschieden, welche Lepraerreger (L.) und Tuberkelbazillen (Tbc.) aufgewiesen hatten, galt es näherzutreten, weshalb ich in Gemeinschaft mit der Assistentin Dr. L. Naumova-Golubova ihren Abbau in derselben Reihenfolge ausführte, wie Josef Schumacher es mit Hefezellen (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 97, S. 81—104) gemacht hat.

Mikrochemisch analysiert wurden L., welche frisch ausgeschnittenen Lepromen und der Kedrovskischen Kultur entnommen wurden, sowie eine auf Petrowschem Nährboden gewachsene Tbc.-Kultur. Die aus ihnen hergestellten Objektträgerausstriche ließ man lufttrocken werden, fixierte sie über der Flamme, hydrolysierte und färbte sie unverzüglich. Mit 1% igen wässerigen Lösungen von Methylenblau und Viktoriablau wurde 10 Min. lang, mit Fuchsin 15 Min. lang gefärbt. Neben der gebräuchlichen Gramfärbung wurde allemal auch noch parallel die J. Schumachersche Modifikation derselben (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 94, S. 399) durchgeführt, indem die Ausstriche 1 Min. lang mit Glyzerin-Viktoriablau[1]) und nach

[1]) Herstellung der Glyzerin-Viktoriablaulösung: 2,0 Viktoriablau B (Kahlbaum) über Nacht in 50,0 Alcoh. absolutus gelöst + 50,0 4%igem Karbolwasser; davon 5 ccm + 45 ccm 10%iges Glyzerinwasser.

Digitized by Google

Abspülen mit Wasser ½ Min. lang mit Quecksilberjodidjodkalium[1]) behandelt wurden, nach Abspülen mit Wasser wurde durch dreimaliges Abspülen mit 1% igem Chininalkohol differenziert und dann mit 1% iger Pyroninlösung 20 Sek. lang nachgefärbt. Resultat: positiv Gefärbtes erscheint tiefblau, Negatives rein pyroninrot.

Es sei hier gleich erwähnt, daß die aus Lepromen gewonnenen und aus Kulturen stammenden L. in hydrolysierten Ausstrichen allemal den gleichen färberischen Befund aufwiesen, weshalb es erübrigt, diesen hier getrennt wiederzugeben. Deshalb wird weiter von L. nur als Einheit die Rede sein. Dieser bereits von mir bekanntgegebene Befund (Derm. W., 1927, Nr. 9, S. 289) fand bei der Ausführung dieser Arbeit seine Bestätigung, was dazu beiträgt, diese Kulturen als Lepraerregerkulturen anzusehen.

Das Ergebnis der Färbung war mit:

A. Methylenblau: die Stäbchen und Körnchen der L. sind dunkler blau gefärbt als die der Tbc.

Fuchsin: die leuchtend rote Färbung der L. und Tbc. ist die gleiche, nur sind die Körnchen der L. intensiver gefärbt als die der Tbc.

Viktoriablau: in den gleichmäßig dunkelviolett gefärbten Stäbchen der L. sind keine Körnchen zu unterscheiden, freiliegende Körnchen aber sind ebenso stark gefärbt wie die Stäbchen; Tbc. geben einen ebensolchen Befund, nur ist die Färbung eine weniger intensive.

Nach Gram: vornehmlich positive neben einigen negativen L.; Tbc. sind nur negativ.

Die Ergebnisse dieser unter gleichgebliebenen Bedingungen ausgeführten Färbungen waren also bei L. und Tbc. nicht die gleichen. Mit Methylenblau und Viktoriablau hatten sich L. intensiver gefärbt als Tbc. Auch die Fuchsinfärbung der Körnchen der L. war eine intensivere als die der Tbc. Die Gramfärbung gab vornehmlich positive L., neben welchen sich auch negative fanden, was wohl durch verschieden alte Entwicklungsstadien zu erklären ist; die Tbc. dagegen waren nur negativ. Wir wollen nicht außer acht lassen, daß Tbc. als säurefeste Bazillen durch Kochen oder lange Färbedauer auch grampositiv zu bekommen sind. Es ist aber unzulässig, für Tbc. eine längere Färbedauer zu gebrauchen, als es nötig ist, um die ebenfalls säurefesten L. grampositiv zu bekommen, und beide dann miteinander vergleichen zu wollen, nachdem sie nicht unter gleichgebliebenen Bedingungen gefärbt worden waren. Deshalb muß betont werden, daß unter gleichgebliebenen Bedingungen und bei Einhaltung der für die Gramfärbung gebräuchlichen Zeiten die L. grampositiv, die Tbc. dagegen gramnegativ gefärbt erscheinen.

B. Zwecks physikalischer Entfernung freier Nukleinsäure wurden die Ausstriche auf 24 Stunden in 3% ige Natrium-aceticum-Lösung gestellt und dann gefärbt, was folgendes ergab:

Mit Methylenblau gefärbte L. und Tbc. waren jetzt gleichmäßig hellblau; mit Fuchsin gefärbt waren sie leuchtend rot und ließen L. keine stärker gefärbten Körnchen erkennen, was beweist, daß die freie Nuklein-

[1]) Herstellung der Quecksilberjodidjodkaliumlösung: 1,3 Sublimat werden in 100 ccm Wasser gelöst und 5,0 Jodkalium hinzugegeben.

Digitized by Google

säure aus L. und Tbc. entfernt worden ist. Bei L. hatte sie sich vornehmlich in den Körnchen befunden. Die bei A. gefundene stärkere Methylenblau- und Fuchsinfärbung der L. hatte also darauf beruht, daß sie reicher an freier Nukleinsäure sind als Tbc. Die Viktoriablau- und Gramfärbung waren unverändert.

C. Zwecks physikalischer Entfernung freier Lipoide kamen die Präparate auf weitere zweimal 24 Stunden in Äther-Alkohol ana. Das Ergebnis der sich daranschließenden Färbung war:

L. und Tbc. färbten sich mit Methylenblau nur noch ganz blaß hellblau, mit Fuchsin helleuchtend rot, mit Viktoriablau violett und hellviolett. Gramfärbung unverändert.

Folgerung: Die heller als bei B. ausgefallenen Färbungen zeigen an, daß durch die Äther-Alkoholbehandlung aus L. und Tbc. das freie Lipoid entfernt worden ist.

D. Zwecks chemischer Entfernung der an Eiweiß gebundenen Nukleinsäure — der Nukleoproteide — wurden die Ausstriche auf weitere 24 Stunden in 25%ige wässerige Salzsäurelösung gestellt, was zum Ergebnis hatte, daß die Methylenblaufärbung kaum sichtbar ausfiel und eine Granulation erkennen ließ. Die Fuchsinfärbung läßt jetzt bei L. und Tbc. die Körnchen deutlich erkennen, was vor dieser wässerigen Salzsäurehydrolyse nicht der Fall gewesen war; die Körnchen der L. sind stärker gefärbt als die der Tbc. Mit Viktoriablau waren L. und Tbc. gleich intensiv dunkelviolett gefärbt. Die Gramfärbung ist unverändert.

Folgerung: Die Nukleoproteide sind vermittels der wässerigen Salzsäurehydrolyse aus L. und Tbc. entfernt worden, wie die jetzt negativ ausgefallene Methylenblaufärbung es zeigt. Hierdurch waren die Lipoproteide für die Lipoidfärber zugänglicher geworden, weshalb wir jetzt bei Fuchsinfärbung intensiver gefärbte Körnchen und Stäbchen sehen und bei Viktoriablaufärbung nur dunkelviolett gefärbte L. und Tbc. sich finden.

E. Zwecks chemischer Entfernung der zur Lipoidreihe gehörigen Karyoninsäure wurden die Ausstriche weitere 24 Stunden vermittels wässeriger 10%iger Salpetersäure hydrolysiert und dann gefärbt, was zum Ergebnis hatte: die Methylenblaufärbung kommt jetzt nicht mehr zustande, die unter D. vermerkte intensive Fuchsinfärbung der Körnchen fehlt und die Stäbchen sind nur noch ganz blaßrot gefärbt. Die Viktoriablaufärbung der L. und Tbc. ist die gleiche dunkelviolette geblieben. Abweichend von dem bisher gesehenen Bilde fanden sich jetzt bei der Gramfärbung mehr gramnegative als positive L.; Tbc. waren gramnegativ.

Folgerung: Die wässerige 10%ige Salpetersäurehydrolyse hatte die Karyoninsäure aus L. und Tbc. entfernt, welche vornehmlich in den Körnchen sich befunden hatte; L. waren an Karyoninsäure reicher als Tbc., was aus der intensiveren Fuchsinfärbung bei D. zu ersehen ist. Auffällt, daß der größere Teil der L., nach Entfernung der Karyoninsäure aus ihnen, jetzt ein gramnegatives Verhalten zeigt, was besagt, daß ein Teil des grampositiven Verhaltens der L. einem grampositiven Anteil ihrer Karyoproteide zuzuschreiben ist.

F. Zwecks chemischer Entfernung der Lipoproteide wurde weiter ein Teil der Objektträgerausstriche vermittels 10%iger wässeriger Schwefel-

Digitized by Google

säurelösung und ein anderer Teil vermittels 25%igen Salzsäure-Alkohols 24 Stunden lang hydrolysiert, was zur Folge hatte:

Nach wässeriger Schwefelsäurehydrolyse gab die Fuchsinfärbung schön hellrot gefärbte L., die Tbc. dagegen blieben ungefärbt. Die Viktoriablaufärbung fiel bei beiden gleich violett aus.

Nach GRAM waren vornehmlich negative neben positiven L. zu sehen; Tbc. nur negativ.

Folgerung: Die L. enthalten ein säurefestes Lipoproteid, welches sich durch wässerige Schwefelsäurehydrolyse nicht entfernen läßt, wie das der Fall bei Tbc. ist. Dieses Lipoproteid enthält eine gramnegative Lipoidsäure, wie die erhalten gebliebene Fuchsinfärbbarkeit es beweist, wobei es zur Bildung von lipoidsaurem Fuchsin gekommen ist.

Nach der Salzsäure-Alkoholhydrolyse nahmen die L. die Fuchsinfärbung nicht mehr an. Mit Viktoriablau hatten sich L. etwas deutlicher gefärbt als Tbc. Die Gramfärbung fällt bei beiden negativ aus.

Folgerung: Diese den L. eigenen, grampositive und gramnegative Lipoidsäure enthaltenden Lipoproteide werden durch Salzsäure-Alkoholhydrolyse restlos aufgespalten und entfernt, wie die jetzt nicht mehr eintretende Fuchsin- und die negative Gramfärbung es zeigen. Die grampositive Lipoidsäure dürfte eine ungesättigte Fettsäure, die negative eine gesättigte enthalten (J. SCHUMACHER, Zbl. f. Bakt., Abt. Orig., 1924, Bd. 93, S. 237). Die blaßviolett ausgefallene Viktoriablaufärbung der L. und ganz blasse Tbc.-Färbung weist darauf hin, daß in beiden noch ein Restbestand von Lipoiden enthalten sein muß, und zwar in den deutlicher gefärbten L. mehr als in den Tbc.

G. Weiteres Hydrolysieren vermittels 20 Min. langen Kochens in 25%igem Salzsäure-Alkohol hatte zur Folge, daß weder L. noch Tbc. die sich daranschließende Viktoriablaufärbung annahmen, was beweist, daß aus ihnen Plasteoproteide entfernt worden sind. Nach 5 Min. langem Kochen waren L. noch deutlich lila, die Tbc. aber schon sehr blaß geworden; nach 10 Min. langem Kochen waren L. noch erkennbar, die Tbc. dagegen kaum festzustellen.

Folgerung: Beide enthalten Plasteoproteide, welche aus ihnen vermittels 25%igen Salzsäure-Alkohols in der Siedehitze entfernbar sind.

H. Die jetzt sich anschließende Erythrosinfärbung fiel leuchtend rot aus, als Beweis dafür, daß von L. und Tbc. nur noch basisches Eiweiß nachgeblieben ist.

Zusammenfassung

Bei Lepraerregern und Tuberkelbazillen bildet basisches Eiweiß die Grundsubstanz, an welche ihre Nukleo-, Karyo-, Lipo- und Plasteoproteide gebunden sind; sie enthalten außerdem noch freie Nukleinsäure und freie Lipoide. Beide unterscheiden sich aber dadurch voneinander, daß die Körnchen der Lepraerreger an freier Nukleinsäure und Karyoproteiden reicher sind als die Tuberkelbazillen und daß die Plasteoproteide an die Lepraerreger fester gebunden sind als an die Tuberkelbazillen; neben einem grampositive Karyoninsäure führenden Karyoproteid enthalten die Lepra-

Digitized by Google

erreger noch ihnen eigene Lipoproteide mit grampositiver und gramnegativer Lipoidsäure, welche den Tuberkelbazillen fehlen.

Der chemisch verschiedene Aufbau beider Krankheitserreger ist meines Erachtens mit ein Grund dafür gewesen, daß man bei der Behandlung beider Krankheiten mit ein und denselben Maßnahmen doch zu divergenten Resultaten kam, daß Tuberkulosemittel bei Lepra keine Erfolge gaben. Deshalb werden wir bei der Leprabehandlung mit chemotherapeutischen Mitteln nur von solchen Erfolge zu erwarten haben, bei deren Anwendung man mit dem chemischen Aufbau des Lepraerregers rechnet.

Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Innsbruck
(Vorstand: Prof. Dr. Wilhelm Kerl)

Zur Insulintherapie der Ulcera cruris

Von

Dr. Erich Fischer, Assistent

Die Ulcera cruris bilden seit jeher eine therapeutische Crux. Wenn auch in den letzten Jahren durch die Injektionsmethode der Varizen in diesem Punkte ein wesentlicher Fortschritt zu verzeichnen ist, da es hierdurch gelingt, die ätiologischen Momente größtenteils zu beseitigen und dadurch ein Rezidivieren zu verhüten, so ist doch eine Verödung der Krampfadern für bereits bestehende Ulzera von geringerem Heilwert. Besonders für die Behandlung der torpiden, trotz Bettruhe keine Heilungstendenz zeigenden Geschwüre wäre eine Methode, welche hier Fortschritte bringt, im Interesse der Patienten und der Spitäler sehr zu begrüßen.

In der Kl. W., 1927, Nr. 3, S. 108, veröffentlichen Adelsberg und Perutz eine neue Therapie, und wollen durch lokale Anwendung von Insulin auf Fußgeschwüre überraschende Erfolge erzielt haben. Wir versuchten nun diese neue Therapie bei einigen Patienten unserer Klinik. Die hierzu bestimmten Fälle waren wohl fast alle infolge ihrer schlechten Heiltendenz als Kriterium für eine neue Behandlung sehr geeignet. Ich will im folgenden kurz auf jeden Fall eingehen, das Aussehen der Ulzera vor und nach der Insulinbehandlung besprechen.

Fall 1. H. J., 70 Jahre. Beide untere Extremitäten weisen Varikositäten in mäßiger Zahl, besonders im Gebiete der Vena saphena magna auf, jedoch wenig geschlängelt, keine Konvolutbildung. Lymphadenitis femoralis et inguinalis bilateralis. WR und MTR negativ. An beiden Unterschenkeln etwa knabenhandtellergroße Ulzera, deren Rand einen etwas lividen Epithelsaum zeigt. Der Grund der Geschwüre ist von reichlichen frischen, entzündlich geröteten gesunden Granulationen bedeckt, befindet sich fast im Niveau der umgebenden deutlich atrophischen Haut. Bisherige Behandlung mit Bettruhe, Hochlagerung, Burowumschlägen, indifferenten Salben, feuchter Kammer usw. führten zu langsamer Verkleinerung der Geschwüre und zum Auftreten von frischen Granulationen.

Applikation von 30 Tropfen Insulin, danach Salbenfleck mit Vaselinum album americanum opt. Am 2. Tage der Applikation sind die Granulationen oberflächlich wie verschorft, sehen düster rot aus, bluten auch auf Berührung mit der Meißelsonde nicht; am 4. Tage haben die beschriebenen Veränderungen zugenommen, der ganze Ulkusgrund sieht schwärzlichrot aus, erscheint in seiner oberflächlichen Lage nekrotisiert. Am 5. Tage Aussetzen der Insulinbehandlung wegen der bestehenden Schädigung der Granulationen.

Digitized by Google

Fall 2. Sch. K., 24 Jahren. Seit $^3/_4$ Jahre bestehendes Ulcus cruris gummosum. WR und MTR stark positiv. Liquor negativ. Bisherige Therapie: 50 g Jodkali, 2,7 g Neosalvarsan, 6 ccm Bismogenol, lokal indifferente Salbe. Das an der Außenseite des rechten Unterschenkels lokalisierte, etwa 3×4 cm große Ulkus zeigt unter dieser Behandlung anfänglich deutlichen Rückgang. Später gewinnt der Rand eine starre kallöse Beschaffenheit. Der Grund ist rein, ein ungefähr kronenstückgroßer Herd zeigt keine Tendenz zur Ausheilung, die Ränder dieses resultierenden Geschwüres haben die beschriebene Beschaffenheit. In der Mitte zeigt sich ein deutlicher Granulationspfropf; röntgenologisch keine ossäre Mitbeteiligung. Dieses Bild zeigt das Ulkus durch Wochen hindurch, und es wurde deshalb die Insulintherapie in Anwendung gebracht.

Ebenfalls durch 5 Tage lokal täglich Insulin und Verband wie in Fall 1. **Nach 5 Tagen ist keinerlei Einfluß auf das Ulkus zu erkennen.**

Fall 3. S. M., 53 Jahre. Seit 2 Jahren im Krankenhaus aufgenommen wegen eines überhandtellerbreiten, fast zirkulären Ulkus des linken Unterschenkels. Zur Zeit etwa handtellergroßes Geschwür an der Außenseite des linken Unterschenkels inmitten von elefantiastischer Haut, dessen Umgebung eine derbharte Beschaffenheit zeigt. Erst in der weiteren Umgebung sind nachweisbare Varikositäten teils stark geschlängelt, teils Konvolutbildungen vorhanden; auch finden sich Varizen der Vena saphena magna. Der Grund des Geschwürs ist von frischroten, wenig proliferierenden Granulationen eingenommen, welche allenthalben ein etwas matsches Aussehen darbieten; nirgends Nekrosen oder Fibrinauflagerungen. Therapeutische Versuche führten alle bisher nur eine langsame Verkleinerung der Wundfläche herbei, schließlich war der Zustand stationär, trotz der verschiedenartigsten Behandlungsversuche; es wurde nunmehr das Insulin herangezogen. Technik der Anwendung wie in Fall 1 und 2. Am 3. Tage sieht man deutlich, daß die oberflächlichen Granulationen eine düster schwärzliche Farbe angenommen haben, zum Teil auch eine mehr weißliche Beschaffenheit. Rand und Umgebung des Geschwürs sind unverändert. Am 5. Tage Aussetzen der Insulintherapie. Lokalbefund: Die ganze Wundfläche des Ulkus sieht wie angeätzt, oberflächlich mit einem fibrinähnlich aussehenden Schorf bedeckt aus. Erst nach zehntägigen feuchten Umschlägen stoßen sich die nekrotischen Partien ab, der Grund zeigt wieder eine frischrote Farbe, frisches Granulationsgewebe wie vor der Insulintherapie.

Fall 4. L. M., 71 Jahre. Vor 2 Jahren aufgetretene rezidivierende Ulcera cruris varicosa. WR und MTR negativ. An der vorderen und äußeren Fläche des linken Unterschenkels zwei handtellergroße und drei kleinere ganz superfizielle Geschwüre, in deren Umgebung die Haut atrophisch glatte, teils papierdünne Beschaffenheit hat. Nur ganz vereinzelte Varizenbildungen kleiner und kleinster Venen. Der Wundgrund zeigt kaum einen Epithelsaum und ist etwas livide, weißlich verfärbt. Der Geschwürsgrund, über den die Umgebung wenig eleviert ist, ist von kleinen, etwas torpiden Granulationen eingenommen, welche allenthalben ein frisches Rot aufweisen. Insulintherapie wie in den bisherigen Fällen. Am 3. Tage weist der ganze Ulkusgrund eine dunkle, leicht düstere Farbe auf, welche sich gleichmäßig über die früher frischroten Granulationen ausgebreitet hat. Am 5. Tage wird die Insulintherapie ausgesetzt. Die ganze Geschwürsoberfläche ist von düsterer dunkler Farbe, überall sind die Granulationen oberflächlich verschorft. Trotz zweiwöchiger feuchter Umschläge haben sich die noch bestehenden Verschorfungen noch nicht abgestoßen.

Fall 5. B. M., 70 Jahre. Seit einem halben Jahre bestehen am rechten Unterschenkel multiple gummöse Ulzera ohne Knochenmitbeteiligung. WR und MTR stark potitiv. Mesaortitis luetica und Nephrosklerosis. An der Außenseite des rechten Unterschenkels, noch im Bereiche der Tibiakante, vom Kniegelenk abwärts bis handbreit oberhalb des Malleolus externus, fünf eigroße, scharf begrenzte, wie mit einem Locheisen ausgestanzte, schmierig belegte Geschwüre, welche auf Bettruhe, 45 g Jodnatrium und lokal graue Salbe bis auf ein einziges, $2 \times 3^1/_2$ cm großes, scharfrandiges Ulkus ausgeheilt sind. Der Rand sieht wie ausgestanzt aus, der Grund ist glatt, scheint fast ohne Granulationen zu sein, der Epithelsaum der Umgebung ist stark wulstig verdickt und weist eine kallöse Beschaffenheit auf. Durch 5 Tage Insulintherapie wie in den übrigen Fällen. Keinerlei Einfluß auf das Ulkus. Es blieb völlig stationär.

Fall 6. J. E., 53 Jahre. An der Außenseite des rechten Unterschenkels inmitten atrophischer Haut ein dattelkerngroßer Ulkusrest, der auf die bisherige Behandlung mit Bettruhe, Hochlagerung und feuchten Umschlägen sich nur langsam verkleinert hat. Varizen in der Umgebung in mäßiger Zahl nachweisbar, keine Anhaltspunkte für Lues.

Digitized by Google

Auch in diesem Falle konnte auf die fünftägige Insulinbehandlung hin keinerlei raschere Heilungstendenz festgestellt werden.

Wir haben die von Adlersberg und Perutz empfohlene Behandlung an 6 Fällen untersucht, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß es sich nicht um frisch aufgenommene Fußgeschwüre gehandelt hat, sondern daß alle Patienten sich seit Wochen in Spitalspflege befanden und jene im Anfang einer Spitalsbehandlung unterstützenden Komponenten, wie Bettruhe usw., für die Insulinbehandlung in Wegfall kamen.

Bei unseren Fällen hätten wir also 2 Gruppen zu unterscheiden: 1. Fälle von Ulcera cruris sui generis. 2. Fälle, bei denen ausgebreitete luetisch-gummöse Geschwüre unter antiluetischer Behandlung sich wesentlich zurückbildeten, aber noch immer beträchtliche Ulzerationen bestanden, welche klinisch keinerlei Zeichen eines spezifischen Prozesses mehr boten. Die Ursache für den mangelhaften Fortschritt der Heilung mußte wohl in geweblichen Verhältnissen zu suchen sein; hierfür boten Anhaltspunkte die kallöse Beschaffenheit des Randes, die eine weitere Epithelisierung verhinderte und die auch zum Teil die Vaskularisation in ungünstigem Sinne beeinflußte. Die bei beiden Gruppen bestehende geringe Tendenz zur Heilung, das Versagen der üblichen Behandlungsweise waren Veranlassung, das immerhin kostspielige Insulin therapeutisch zu versuchen.

Wenn wir nun die Resultate überblicken, so hat das Insulin, genau nach den Angaben von Adlersberg und Perutz in Anwendung gebracht, nach kurzer Einwirkung zu einer eigenartigen Veränderung der bestehenden Granulationen geführt. Dieselben waren von dunkel düsterroter Farbe, zum Teil auch mißfarben belegt und ihre oberflächliche Schicht deutlich nekrotisch und verschorft. Am Rande konnte kein rascheres Vorschieben des Epithels festgestellt werden. In den anderen Fällen, welche diese eben beschriebenen Veränderungen nicht aufwiesen, wurde völliges stationäres Verhalten der Ulkusoberfläche und Umgebung beobachtet. Wir haben also keinen nachweisbaren Umschwung in der Ausheilung nachweisen können. Nach unseren Erfahrungen können wir die gute therapeutische Wirkung des Insulins, wenigstens für die Fälle, bei denen zufolge ihrer schlechten Heiltendenz am meisten ein sicher wirkendes Mittel zu wünschen wäre, nicht bestätigen.

Aus dem Dispensaire für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Balta (Moldau-Republik)
(Leitender Arzt: Dr. H. Kleinmann)

Klinische Erfahrungen mit Thalliumazetat bei Haarpilzerkrankungen

Von

Dr. H. Kleinmann

Angeregt durch die Mitteilungen von Buschke, auf dessen Arbeiten ich bezüglich der Literatur verweise, wurden von uns bisher 114 Fälle wegen verschiedener Pilzerkrankungen an der Kopfhaut mit Thallium-

Digitized by Google

azetat behandelt. Alle weisen eine Beobachtungszeit von mindestens 4 Wochen auf. Der jüngste war 6 Monate, der älteste 16 Jahre alt. Von den 114 Kranken waren im Alter bis zu 4 Jahren 20, zwischen 4—10 Jahren 51 und von 10—16 Jahren 43. Kranke mit einem Körpergewicht über 25 kg bekamen einmalig per os 7 mg pro Kilogramm, alle übrigen 8 mg. Wir beobachteten, daß die Haare vom 7. Tage an sich büschelweise mit den Fingern durch leichten Zug herausziehen ließen. Eine totale Alopezie war bei der überwiegenden Mehrzahl der Kinder schon nach 14 Tagen seit dem Thallium zu sehen, und nur bei wenigen trat sie erst nach 18—19 Tagen auf. Die Alopezie ist so total, daß die nachfolgende Epilation viel leichter und rascher die Kopfhaut zur vollständigen Kahlheit bringt, als nach Röntgenbestrahlung. Im Gegensatz zu dieser, wo trotz richtiger und sorgfältiger Dosierung fast immer einzelne Inseln zurückbleiben, haben wir dies nie nach Thallium beobachtet.

In unserem Material waren 38 Fälle von Favus. Nach Eintritt der vollständigen Kahlheit des Kopfes konnten wir beobachten, wie die lange bestandenen, mehr oder weniger schwefelgelben oder grauweißen, trockenen, napfförmigen isolierten Scheiben oder die dicken unebenen krustenartigen Beläge sich sehr rasch abzuheben begannen. Nach ihrem Abfall fand sich eine rosige, mitunter nässende oder ulzerierte Fläche, die ein atrophisches Aussehen zeigte. Im übrigen völliger Vergleich mit der Röntgenepilation. 6 Wochen nach Thalliumdarreichung beginnt das Haar wieder zu wachsen und bekommt innerhalb weiterer 2 Monate wieder die normale Dichte. Im Laufe der Zeit fiel uns auf, daß bei unseren weiteren Fällen der Zeitraum zwischen Thalliumeingabe und totaler Alopezie sich plötzlich verlängert hat, und zwar beginnt die Alopezie erst in der 3. Woche und wird nach 18—24 Tagen total. Wir müssen Ubuena beistimmen, daß in der Wirkung des Salzes Ermüdungserscheinungen einsetzen, die zu einer Verlängerung der Latenz führen. Hierfür ist vielleicht von Bedeutung die von Buschke und Jakobsohn festgestellte Tatsache, daß das Phänomen der Ermüdung auch an der oligodynamischen Wirkung des Thalliums beobachtet wird. Es scheint uns von großer biologischer Bedeutung zu sein, daß wir bei allen unseren späteren Fällen, wo diese Erscheinung beobachtet wurde, obwohl sie ganz nahe zur Pubertätsperiode standen, fast nie schädliche Nebenwirkungen konstatieren konnten. Wenn letztere bei 20 Kindern über 10 Jahre fünfmal zu sehen waren, konnten wir bei 23 weiteren Kindern mit einem Mindestalter von über 10 Jahren, wo die Ermüdung des Salzes bereits eingetreten war, nur eine einzige schädliche Nebenwirkung beobachten. Es scheint, als ob die Verlängerung der Latenz die Gefahr der Intoxikationserscheinungen wesentlich verringert.

In unserem Material waren 21 Kinder, bei denen wegen nicht sachgemäßer Röntgendosierung die Haare nur stellenweise ausgefallen waren. Nach 3—4 Monaten, als sämtliche Kopfhaare regeneriert waren, bekamen die Kinder innerlich Thalliumazetat. Wir sahen, daß bei ihnen die Epilation ebenso regelrecht geschah wie bei den anderen mit Röntgenstrahlen unbehandelten Patienten, wie das auch Buschke und Langer beobachtet haben. Wir können also den Angaben von Cicero über eine Kräftigung des Haarwuchses nach vorheriger Epilation im Sinne einer Resistenzerhöhung der Haarpapille nicht beipflichten.

Digitized by Google

Bei einer Hälfte unserer mit Thallium epilierten Patienten konnten wir die von BUSCHKE entdeckte Beobachtung feststellen, daß die Haare an der Stirngrenze zurückbleiben, und bei 17 Fällen, daß die Haare des lateralen Teiles der Augenbrauen sich leicht herausziehen lassen bzw. ganz herausfallen. Diese äußerst bemerkenswerte Tatsache spricht nach BUSCHKE für eine verschiedene Innervation der Haare der Haarstirngrenze und des medialen Anteils der Augenbrauen, die den sogenannten Sinneshaaren offenbar gleichzustellen sind und ganz anderen Einflüssen zu unterstehen scheinen. Während die Kopfhaare und der laterale Anteil der Augenbrauen dem Einflusse des Sympathikus unterworfen sind, scheinen die übrigen vom Zentralnervensystem innerviert zu werden. Diese interessante klinische Beobachtung ist für das Problem der Thalliumalopezie von besonderer Bedeutung, da sie eine weitere Stütze für die Annahme darstellt, daß die durch Thallium gesetzten Veränderungen auf dem Umwege über den endokrin-vegetativen Organring sich entfalten.

Bei vielen unserer Patienten haben wir systematisch vor und mehrmals nach der oralen Verabreichung des Thalliums Blutuntersuchungen vorgenommen. In Übereinstimmung mit BUSCHKE und FLAMM konnten wir stets Lymphozytose und Eosinophilie konstatieren. Diese Blutveränderungen zeigen sich regelmäßig schon nach 2 Wochen und sind nach etwa weiteren 3 Wochen abgeklungen. Die Eosinophilie überdauert etwas die Lymphozytose. Die von BUSCHKE, PEISER und KLOPSTOCK im Falle von akuter Thalliumvergiftung und an einigen ihrer kindlichen Patienten beobachtete Achlorhydrie des Magens konnten wir bei unseren zahlreichen systematischen Magenuntersuchungen in beinahe der Hälfte der Fälle feststellen. Sie tritt gewöhnlich nach 8—10 Tagen ein und dauert einen Monat an. Die Achlorhydrie des Magens ist wohl als Produkt der durch Thallium bewirkten primären Alkalose zu betrachten. Ob ein Zusammenhang der Magenveränderungen bei den Ratten nach chronischer Thalliumvergiftung mit dem Säureangebot nach Thalliumepilationsdosen beim Menschen besteht, muß dahingestellt bleiben. Jedenfalls ist von Interesse, daß auch bei Tieren mit schweren Magenveränderungen Sekretionsschwäche des Magens von BUSCHKE, PEISER und KLOPSTOCK gefunden wurde.

Nur in einem Falle konnten wir vorübergehende Albuminurie feststellen. Zucker, Eiter und Blut im Urin waren stets negativ. Wir konnten nie bei unseren Patienten Temperaturerhöhungen, vermehrten Speichelfluß, Schweißabsonderung, Tachykardie und Erweiterung der Pupillen konstatieren, ebenso daß die Kinder etwas heruntergekommen sind. Von den 114 Kranken haben das Thallium 108 anstandslos vertragen. Außer den in unserer vorläufigen Mitteilung in der Medizinischen Klinik geschilderten Nebenwirkungen bei 5 Kindern haben wir bei unseren seither weiteren 51 Kranken nur eine einzige Nebenwirkung beobachtet, die sich in Schmerzen vom 6. Tage an in den Knie- und Fußgelenken bei einem 13jährigen Patienten äußerte.

Als eine interessante Späterscheinung beobachteten wir bei 5 Kindern plötzlichen Ausbruch von Follikulitiden, die sich nach 4—8 Wochen nach Thalliumzufuhr zeigten. Bei 3 Patienten Beginn mit sehr hohem Fieber. Die Affektion betraf Kinder im Alter von $2^1/_2$—10 Jahren. Interessant ist dabei, daß die Affektion in 2 Familien je 2 Geschwister betroffen hat.

Digitized by Google

Das Gesicht blieb immer vom Hautausschlag verschont, dagegen war die Kopfhaut sehr stark mitbeteiligt. Bei dieser Impetigo follicularis superficialis, die nach 1 Woche völlig abgeklungen war, handelt es sich offenbar um eine hämatogen entstandene Toxikodermie, die den chemisch entstandenen Follikulitiden gleichzustellen ist.

Literatur

Die frühere Literatur ist bei Buschke, Langer und Peiser angegeben (Derm. W., 1926, Bd. 83, S. 971—980).

1. Buschke, Langer und Schayer, M. m. W., 1926, Nr. 20, S. 815—818. — 2. Peter, Arch. f. Derm., Bd. 150, H. 3, S. 438—451. — 3. Pauchly, W. kl. W., 1926, Nr. 33, S. 948—950. — 4. Divella, Giorn. ital. di dermatol. e sifilol. Bd. 67, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 21, H. 7/8, S. 449. — 5. Pasini, Fiocco, Radaeli, Mariani, ebendort. — 6. Riecke, Heuck, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 21, H. 9/10, S. 558. — 7. Bronstein, Wratschebnoje Delo, 1926, H. 17/18, S. 1390—1391. — 8. Bogdanow, Acta dermato-venereologica Rossica, 1926, Oktoberheft. — 9. Buschke, Jakobsohn und Klopstock, D. m. W., 1926, Nr. 37, S. 1550—1552. — 10. Kleinmann, M. Kl., 1926, Nr. 46.

Über psychische Beeinflussung der Haare

Von

Dr. Arthur Kann in Charlottenburg

Von psychoanalytischer Seite ist auf eine bisher unbekannte Ätiologie der Canities als Folge unbewußter Introjektion hingewiesen worden. Bei der Schwierigkeit, die mitunter Fälle von vorzeitiger Canities und ebenso von Alopezie in ätiologischer wie therapeutischer Hinsicht bieten, wäre jeder Fortschritt in der Kenntnis der Ursache dieser Prozesse um so mehr zu begrüßen, als auch die Therapie dadurch voraussichtlich eine Bereicherung erfahren würde.

Groddeck gibt in seinem „Buch vom Es" die Geschichte eines Patienten, dessen frühes Ergrauen er auf die unbewußte Tendenz zurückführt, sich dem verstorbenen Vater anzuähneln, ihn dadurch gleichsam in sich aufzunehmen und nun seinen Platz bei der Mutter zu gewinnen.

Abraham berichtet in seinem „Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido" folgendes: „Gegen Ende des Jahres 1915 war ich durch den Tod meines Vaters in Trauer versetzt worden; diese verlief unter Erscheinungen, die ich damals nicht auf einen Prozeß der Introjektion zurückzuführen vermochte. Die auffälligste Erscheinung war ein plötzliches starkes Ergrauen des Kopfhaares, dem nach einigen Monaten wieder eine Zunahme des Haarfarbstoffes folgte. Ich begnügte mich damals mit der Erklärung des Phänomens aus der durchlebten Gemütsbewegung. Doch muß ich mich hinsichtlich des tieferen Zusammenhanges zwischen Trauer und Ergrauen der Haare Groddecks Ansicht durchaus anschließen."

Nach der Anschauung der Psychoanalytiker macht das Verhalten des Kindes zu den Eltern verschiedene Stadien durch. In frühester Jugend erlebt das Kind den Ödipuskomplex; der Knabe hat libidinöse Triebbindungen zur Mutter und Todeswünsche gegen den Vater, die Tochter umgekehrt. Durch die Inzestschranke wird diese Einstellung der Libido verdrängt, die seelischen Energien werden sublimiert und mit der Pubertät erfolgt die genitale Bindung der Libido. Nach der ursprünglich feindlichen Einstellung zu dem gleichgeschlechtlichen Elternteil entwickelt sich die als normal betrachtete Kindesliebe. Dem Verlust des Vaters oder der Mutter durch den Tod folgt zeitweise Introjektion: der reale Objektverlust wird ausgeglichen, indem die geliebte Person in das eigene Innere aufgenommen wird.

Die Ablehnung, welche diese psychoanalytischen Anschauungen vielfach bei den Ärzten gefunden haben, erklärt sich zum Teil aus der Verschiedenheit des Beobachtungsmaterials. Unter Verhältnissen, in denen zu einer Beschränkung der Kinderzahl kein Anlaß vorliegt, befindet sich das Kind von Geburt an, nach dem Wort eines Schriftstellers,

Digitized by Google

in einer „Horde", die aus den Scharen der Geschwister und der Nachbarskinder besteht. Sein ganzes Denken und Empfinden, sobald sich solches entwickelt, ist ausgefüllt durch die Beschäftigung mit anderen Kindern, ihnen gilt seine Neigung und Abneigung, seine Liebe und sein Haß. Nur einige Jahre ältere Kinder erscheinen ihm schon als „Große" und alt; eine Ödipuseinstellung zu den Eltern liegt dem Empfinden des Kindes schon deshalb fern, weil seine Gedanken nicht ihnen, sondern der Kinderwelt gehören.

Anders liegen die Dinge bei dem Ein-Kind-System, bei dem verzärtelten, oft degenerierten Stadtkind. Das zum Egoismus erzogene Geschöpf wird leicht eine Beeinträchtigung seines Herrschertums unangenehm empfinden; der Sohn mag bisweilen die Liebe der ihn verwöhnenden Mutter nicht mit dem Vater, die Tochter die Zärtlichkeit des Vaters nicht mit der Mutter teilen wollen, so daß die Möglichkeit einer seelischen Einstellung im Sinne des Ödipuskomplexes gegeben ist. Im allgemeinen wird aber auch hier die Vorliebe des Kindes demjenigen Elternteil gehören, der es am meisten verwöhnt.

Wieder anders liegen die Verhältnisse bei den Kindern der unteren Proletariatsschichten. Im engen Raum hausen mehrere Familien zusammen, Kinder und Eltern teilen oft dieselbe Schlafstelle; sexuelle Geheimnisse werden nicht gehütet, es kommt nicht zur Errichtung der Inzestschranke; Inzestangst fehlt und Verdrängungen spielen keine Rolle. Nicht das Verlangen nach Zärtlichkeit, sondern nach Stillung des Hungers ist die herrschende Libido, brutale Not regiert die Stunde.

Ähnlich liegen die Dinge für die Möglichkeit der Entstehung der Introjektion. Neben dem Milieu spielt hier die Individualität und Rasse eine Rolle; gibt es doch Menschen und ganze Rassen, für die der Verlust eines nahen Angehörigen eine seelische Katastrophe bedeutet, während andere aus härterem Holze geschnitzt sind. Auch die Annahme der Unbewußtheit der Introjektion mag mitunter zutreffend sein; schwankt doch das Seelenleben von völlig klarer Bewußtheit bis zur völligen Unbewußtheit.

Wenn demnach die von GRODDECK und ABRAHAM als Ursache der Canities angenommene unbewußte Tendenz, durch Introjektion dem verstorbenen Vater ähnlich zu werden, unter Umständen vorhanden sein kann, so fragt es sich, wieweit ist die Psyche imstande, diese Tendenz körperlich zu verwirklichen. Mehr als früher wird heute der weitreichende Einfluß des Seelenlebens auf den Körper anerkannt und die Möglichkeit anatomischer Veränderungen auf diesem Wege wird vielfach angenommen. So schreibt SCHILDER (1): „Vorstellungen, Wahrnehmungen und Gedanken haben offenbar einen nicht nur diffusen Einfluß auf den Körper, sondern auch einen Einfluß, der im Sinne eben dieser Vorstellung und dieses Gedankens ist."

„Die körperlichen Wirkungen der Hypnose in bezug auf vasomotorisch trophische Erscheinungen, etwa die Wirkung auf die Blutgefäße, die Wirkung auf die Menstruation, die Darmtätigkeit sind ja dadurch gekennzeichnet, daß sie der erregten Vorstellung der Halluzination folgen. In diese Gruppe gehören ja auch jene Menschen, welche etwa die Pupille willkürlich zu erweitern und zu verengern imstande sind. Sie wirken auf die Pupille durch die Vorstellung von hell und dunkel ein. Wir dürfen annehmen, daß auf diesem Wege vasovegetative Apparate bis zu einem gewissen Grade nicht nur der Vorstellungstätigkeit, sondern auch dem Willen unterworfen sind."

OPPENHEIM (2) nimmt an, daß auf psychischen Einfluß Dauerschädigungen von Gefäßen erfolgen können. SCHLEICH (3) vertritt sogar die Ansicht, daß „die Phantasie die Zugangskammern zu den Geweben eröffnet, die Überbildung der Teile anregt und Geschwülste schafft".

Was speziell die Haut und ihr Anhangsgebilde, die Haare, betrifft, so tritt hier der Einfluß der Psyche besonders in Erscheinung. Reize, die bewußt oder unbewußt vom Zentrum ausgehen, können durch Reizung des Reflexmechanismus im autonomen Nervensystem trophische Störungen hervorrufen; eine psychisch bedingte Dysfunktion der endokrinen Drüsen vermag den Sympathikus und umgekehrt eine psychogene Störung über dem Sympathikus die endokrinen Drüsen zu beeinflussen und sekundär die Haut in Mitleidenschaft zu ziehen. Erblassen und Erröten ist oft psychogen bedingt und auch von Urtikaria trifft es mitunter zu, Pruritus cutaneus kann psychischer Therapie zugänglich sein. Plötzliches Weißwerden und akuter Haarausfall nach seelischem Chok sind wiederholt beobachtet. Durch bewußten Willen sind manche Personen imstande, Schweißausbruch und sogar Bläschen auf der Haut entstehen zu lassen. In der Hypnose tritt auf entsprechende Suggestion Anästhesie und Hyperästhesie der Haut ein, auch Blasenbildung läßt sich hervorrufen. BONHEUR (4) hat mittels Suggestion nicht nur Warzen beseitigt, sondern will auch hartnäckige Fälle von Alopecia areata, die anderer Behandlung widerstanden, auf diese Weise geheilt haben. BUNNEMANN (5) vertritt den

Digitized by Google

Standpunkt, daß nicht selten durch psychische Momente Hauterkrankungen, wie Ekzem, Psoriasis und Furunkel, hervorgerufen und auf psychischem Wege geheilt werden können. Über einen Fall von Psoriasis sagt er, daß die Schuppenflechte „das Ergebnis der Projektion eines seelisch erschauten Bildes in die Peripherie des Körpers" war; durch Hypnose konnte er die Effloreszenzen zum Verschwinden bringen und wieder hervorrufen, ebenso in einem Fall eines ganz veralteten Ekzems.

Aber die Macht der Suggestion scheint auch ihre Grenzen zu haben: ein Hypnotisierter nimmt willig die Vorstellung an, daß er wieder ein kleines Kind sei — was nichts mit dem Erwachen verdrängter Vorstellungen aus dem Unbewußten zu tun hat, denn er verwandelt sich auf Befehl auch in einen Greis, d. h. er benimmt sich so, wie er sich ein kleines Kind oder einen alten Mann vorstellt —, aber ein Einfluß der Suggestion von Jugend oder Alter auf Haut und Haare ist nicht zu beobachten.

Der Wechsel der Haarfarbe, die vom Weiß in der Kindheit bis zum Dunkelbraun im erwachsenen Alter variieren kann, geschieht unabhängig vom Willen, der sich kreuzende Einfluß der Abstammung spielt dabei vielleicht eine Rolle. Wo das Schwinden des Haarpigments auf seelische Erlebnisse zurückzuführen ist, ist nicht der Wille, sondern eine psychogen bedingte trophische Störung die Ursache. Was die Fälle von Groddeck und Abraham betrifft, in denen unbewußte Introjektion des Vaters die Ursache der Canities sein soll, so bietet der von G. erzählte Fall zwar viel Seltsames, dagegen erscheint die Tatsache, daß bei dem Patienten, der von G. 20 Jahre beobachtet wurde, eine langsame Anähnelung des Sohnes an den Vater „in Gebärde, Haltung, Gewohnheit, in Gesichts- und Körperbildung, im Denken und Wesen" festzustellen war, durchaus nicht merkwürdig. Ebenso ist nicht einzusehen, warum es der Annahme der Introjektion des verstorbenen Vaters bedarf, um zu erklären, daß der Sohn, der von Kindheit an mit Krankheiten (Sklerodermie, Herzleiden usw.) behaftet und von schwerem psychischem Leiden gepeinigt war, frühzeitig alterte und ergraute; das Gegenteil würde eher Verwunderung erregen.

Im Falle Abraham ist an Hand der von A. gemachten Angaben nur festzustellen, daß die angenommene Introjektion des Vaters auf A.s Haare keinen sicher nachweisbaren Einfluß geübt hat. Hätte sie sich deutlich an seinen Haaren zum Ausdruck bringen wollen, so hätte A. das schüttere weiße Kopfhaar des greisen Vaters und einen weißen Bart bekommen müssen. Statt dessen blieb sein Bart dunkel, sein Kopfhaar dicht und nur ein starkes Ergrauen trat ein, dem später wieder eine Zunahme des Farbstoffes gefolgt sein soll, wovon ich als objektiver Beobachter allerdings nichts bemerkt habe. Nun sehen wir seit dem Weltkrieg mit seinen Folgen ganz alltäglich Patienten in den 30er und sogar in den 20er Jahren, die wegen vorzeitigen Ergrauens Rat suchen: bedarf es da einer besonderen Erklärung, wenn ein Mann wie A., Anfang der 40er Jahre, der eine sehr anstrengende geistige Tätigkeit ausübte, nach einer starken Gemütsbewegung ergraute?

In kosmetischer Hinsicht würden sich, wenn durch den bewußten oder unbewußten Willen das Äußere sich dauernd und wesentlich beeinflussen ließe, ungeahnte Aussichten eröffnen; mittels Introjektion wäre die Möglichkeit gegeben, sich selbst, aber auch seine Nachkommen umzuformen und auf Augen, Haare, Haut nach Wunsch einzuwirken. Eine gewisse Anähnelung, die mitunter bei Personen, die in inniger Gemeinschaft ihr Lebensschicksal teilen, z. B. bei Eheleuten, zu beobachten ist, kann nicht zugunsten dieser Möglichkeit angeführt werden; eine derartige Anpassung bleibt auf Äußerlichkeiten beschränkt, ruft aber keine tiefergehenden anatomischen Veränderungen hervor. In der Frauenwelt ist freilich der Glaube, durch innere Verarbeitung sinnlicher oder seelischer Eindrücke ließen sich körperliche Veränderungen hervorrufen, weit verbreitet; auf diesem Gedankengang beruht die Sitte, während der Schwangerschaft den Anblick von Häßlichem möglichst zu meiden und Abbildungen schöner Köpfe in der Wohnung aufzustellen und fleißig zu betrachten, in der Erwartung, das Äußere des werdenden Kindes dadurch günstig zu beeinflussen. Kritisches Denken steht solchem Tun skeptisch gegenüber, auch wenn Goethe als Kronzeuge angerufen wird. Der Dichter schildert in den Wahlverwandtschaften eine Ehe, in der beide Gatten eine heimliche Liebe haben, sich aber geschlechtlich die Treue halten; das in dieser Ehe erzeugte Kind ähnelt nicht seinen leiblichen Eltern, sondern zeigt eine doppelte Ähnlichkeit: an Gesichtszügen und ganzer Form gleicht es dem von seiner Mutter geliebten Manne, während seine Augen sich nicht von denen der Geliebten des Vaters unterscheiden lassen. Neben dieser Introjektionswirkung erscheint das Anähneln eines alternden Sohnes an den Vater durch Ergrauen des Kopfhaares ganz harmlos. Jener Erzählung steht aber das Goethewort gegenüber, daß „keine Zeit und

Digitized by Google

keine Macht zerstückelt geprägte Form, die lebend sich entwickelt", ein Ausspruch, der in dieser Allgemeinheit nach den Ergebnissen der experimentellen Biologie wenigstens für die Keimentwicklung nicht mehr zu Recht bestehen dürfte. Daß der Wille imstande ist, auch Lebensvorgänge zu beeinflussen, die wir für unabhängig von ihm anzusehen gewohnt waren, haben die Vorführungen indischer Fakire gezeigt.

Wenn sich demnach im Falle A. ein Beweis für oder gegen die Wirkung unbewußter Tendenzen als Ursache der Canities nicht erbringen läßt, so gestatten doch andere Angaben desselben Autors über die Wirkung des Unbewußten, die der Nachprüfung leichter zugänglich sind, einen Rückschluß auf den Wert dieser psychoanalytischen Hypothese. Um nur ein Beispiel zu wählen, so berichtet A., dessen Autorität in der FREUDschen Schule anerkannt ist, in seinen „Psychoanalytische Studien" folgendes: Eine Patientin, die, als sie einige Monate alt war, von der Mutter zur Folgsamkeit in der Verrichtung der Bedürfnisse angehalten wurde, wobei die Mutter die Wirkung der Worte durch einen Schlag auf den Körper des Kindes unterstützte, befand sich, herangewachsen, in einem steten Konflikt zwischen bewußter Nachgiebigkeit, Resignation und Opferbereitschaft auf der einen und unbewußter Rachsucht auf der anderen Seite. ABRAHAM sieht darin die Nachwirkung der frühen Verletzung des kindlichen Narzismus. In diesem Falle besteht eher die Möglichkeit, den Nachweis für die Willkürlichkeit der ätiologischen Annahme unbewußter Tendenzen zu erbringen. Man beobachte nur die Sprößlinge einer kinderreichen Familie oder die Kinder in einem Säuglingsheim, in dem sämtliche Kinder von denselben Erziehern nach derselben Methode, mit oder ohne Schlag, erzogen werden, und man wird trotz der für alle Kinder gleichen günstigen oder ungünstigen äußeren Bedingungen alle möglichen Verschiedenheiten des Charakters später sich bilden sehen. Die physische und psychische Heilkraft ist in der ersten Jugend unbegrenzt, die Einwirkung von Schule und Haus, später das Erwachen zu bewußter Sexualität läßt sog. „Traumen" der ersten Lebensmonate vernarben, und trotz der gleichen Läsion der Säuglings-Libido verläuft die Charakterbildung individuell durchaus verschieden. Entscheidend ist die angeborene Anlage, die „geprägte" Form.

Anders verhält es sich, wenn die Störung der Libido im geschlechtsreifen Alter eintritt. Hier liegt mitunter, unbewußt für den Kranken, die Ursache für Schwankungen des seelischen Gleichgewichts, die durch Vermittlung des vegetativen Nervensystems und der endokrinen Drüsen auf alle Organe und so auch auf Haut und Haare eine Wirkung ausüben können. Stellt doch das Kopfhaar ein Luxusprodukt des Körpers dar, das meist mit der Geschlechtsreife seinen Höhepunkt erreicht, und so ist es begreiflich, daß eine auf Disharmonie des Sexuallebens beruhende allgemeine Depression auch an den Haaren sich bemerkbar macht. Hierfür in Kürze einige Beispiele aus der Praxis.

1. Eine verheiratete Frau von 40 Jahren leidet an starkem Nachlassen des Haarwuchses und vereinzeltem Weißwerden; Kopfhaut ohne Besonderheit. Die körperlich stark heruntergekommene Frau leidet an völliger Appetitlosigkeit und ist von Angstzuständen und hochgradiger Schlaflosigkeit geplagt. Ohne Psychoanalyse stellt sich als ursächliches Moment ihres ganzen Zustandes neben erblicher nervöser Belastung heraus, daß die sinnlich veranlagte Frau nur im ersten Jahr ihrer Ehe, in dem sie konzipierte, mit ihrem Mann geschlechtlich verkehrt hat, und daß seit vielen Jahren die Ehegatten in sexueller Abstinenz nebeneinander leben, aus Furcht, es könne eine neue kostspielige Konzeption stattfinden.

2. Eine Frau von 30 Jahren leidet an vermehrtem Haarausfall; erblich starke nervöse Belastung, Kopfhaut ohne Besonderheit. Pat. gibt gelegentlich an, daß ihr bisher in ihrer Ehe ein normaler Geschlechtsverkehr mit ihrem Manne nicht möglich gewesen sei. Bei jedem Versuch zum Koitus gerate sie in hochgradige Erregung und Angst, die sich bis zur Bewußtlosigkeit steigert. Eine Behandlung fand nicht statt, die Pat. verließ bald darauf Berlin. Nach 12 Jahren konsultierte mich die Pat. wieder; jetzt wünschte sie, wenn möglich, von ihrer sexuellen Anomalie befreit zu werden. Sie hatte entdeckt, daß ihr Mann Beziehungen zu einem Mädchen angeknüpft hatte, und um die Zuneigung ihres Mannes wiederzugewinnen, wollte sie ihm den Genuß des normalen Koitus gewähren. Als Ursache ihres anormalen Verhaltens stellte sich ohne Psychoanalyse heraus, daß die Pat. als junges Mädchen einmal einer hochschwangeren Frau begegnet war, über deren körperliche Verunstaltung sie sich entsetzte. Die Erregung und Angst beim Koitus beruht auf ihrer heimlichen Furcht, schwanger zu werden und dann ebenso mißgestaltet auszusehen wie jene Frau. In Anbetracht des Alters der Pat. und da bei dem neurasthenischen Zustand auch des Mannes ein Kind vom eugenischen Gesichtspunkt unerwünscht schien, ließ ich die Pat. durch einen Röntgenologen sterilisieren und suggerierte ihr, daß sie

Digitized by Google

beim Koitus normales Lustgefühl haben werde. Nach 20jähr. Ehe konnte die Pat. nunmehr ihre Flitterwochen verleben.

3. Eine 22jähr. Frau, in deren Aszendenz sich Alopecia areata und Asthma bronchiale findet. Die Pat. ist vor 6 Jahren von Alopecia areata befallen worden, die in kurzer Zeit zum Verlust sämtlicher Kopf- und Körperhaare geführt hat. Während aber die Körperhaare sich, wenn auch schwächer, wieder einstellten, blieb die Kopfhaut bis auf wenige Haare an der Stirngrenze kahl. Durch einige starke Bestrahlungen mit ultraviolettem Licht wurde der glühende Wunsch der über ihre Glatze tief unglücklichen jungen Frau erfüllt: die Kopfhaut bedeckte sich zunächst mit weißen dünnen Haaren, die ich wiederholt rasieren ließ, worauf dann ein stärkeres dunkleres Haar zum Vorschein kam. Gleichzeitig litt die Pat. seit 4 Jahren an hochgradigem Asthma bronchiale; der Internist, an den ich die Pat. deswegen überwies, wandte neben anderen Mitteln Atropin an; ob mit oder ohne dessen Einfluß bleibe dahingestellt, jedenfalls begann die Alopezie von neuem. Das zeitweise gebesserte Asthma wurde so hochgradig, daß die Pat. ihren Bureauberuf aufgeben mußte. Viele der ausfallenden Haare zeigten, abgesehen von den für Alopecia areata charakteristischen Kennzeichen, eine Markunterbrechung in kürzesten Abständen, was mit den zahlreichen schweren Asthmaanfällen im Zusammenhang stehen dürfte. Um zunächst einmal mit dem Asthma vorwärts zu kommen, nehme ich die Pat., die jede sonstige Anomalie bisher abgestritten hat, eines Tages scharf ins Gebet und sage ihr auf den Kopf zu, daß hinter ihrem Asthma etwas anderes stecke, was sie mir bisher verschwiegen habe. Nach anfänglichem Leugnen gesteht die Pat. weinend, daß ihr Mann in den 4 Jahren ihrer Ehe, um Konzeption zu verhüten, nur den Coitus interruptus mit ihr ausgeübt habe, wodurch sie ihre Nervengesundheit verloren habe. Nach Fortlassen des Coitus interruptus konzipiert die Pat., das Asthma bessert sich rasch, um schließlich, trotz eines im Oktober 1926 akquirierten noch bestehenden Bronchialkatarrhs, gänzlich fortzubleiben. Unter gleichzeitiger Anwendung von Lichtbehandlung bedeckte sich nach und nach die ganze Kopfhaut mit dunklen Haaren, die auch auf kräftigen Zug nicht folgen. Die Pat. teilte mir im Dezember 1926 mit, daß sie ein normal behaartes Kind geboren habe und asthmafrei sei.

Bei jungen Männern konnte man früher, als noch auf einen üppigen Schnurrbart Wert gelegt wurde, nicht selten feststellen, daß der schwache Bartwuchs auf sexuellen Anomalien beruhte.

In den angeführten Fällen handelt es sich um psychogen bedingte neurotische Störungen, die sich neben anderen Symptomen auch an den Haaren bemerkbar machen. Die Annahme, daß unbewußte Tendenzen einen unmittelbaren Einfluß auf die Haare auszuüben imstande sind, mag sich theoretisch rechtfertigen lassen, zunächst ist es aber nur eine unbewiesene Behauptung. Fast scheint es, als ob bei der Aufstellung dieser Hypothese die Neigung zum Verallgemeinern eine Rolle spielt, wie sie charakteristisch für jede neu begründete Doktrin ist, die Neigung, alles aus einem Punkte, der neuen Lehre, zu erklären. So wollte auch Lahmann die Alopezie mit der von ihm entdeckten gemeinsamen Ursache aller Krankheiten, der diätetischen Blutentmischung, erklären. Die Gefahr einer durch unbewiesene Hypothesen voreingenommenen ätiologischen Auffassung besteht in ihrem Einfluß auf die Therapie, die dadurch einseitig und am individuellen Handeln gehindert wird. Demgegenüber wiederhole ich, was ich vor 25 Jahren in Unnas Monatsheften für praktische Dermatologie über das therapeutische Vorgehen bei Alopezie geschrieben habe: „Dasselbe wird sich nicht gegen einzelne Begleiterscheinungen richten und in der schematischen Anwendung von Haarkuren bestehen dürfen, sondern wird den ganzen Menschen und die tieferen Ursachen ins Auge fassen müssen; dann werden auch die Resultate der Behandlung weniger trostlos sein."

Literatur

1. Schilder, Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome von Schwarz. — 2. Oppenheim, D. Zschr. f. Nervenhlkd., 1911. — 3. Schleich, Schaltwerk der Gedanken. — 4. Bonheur, Schweiz. m. W., 1924. — 5. Bunnemann, Zschr. d. ges. Neur. u. Psych., 1924.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin
(Dirigierender Arzt: Prof. Buschke)

Über die Beziehungen der Erreger bei der (exper.) kombinierten Rekurrens-Nagana-Infektion

Bemerkungen zu der Arbeit von H. Th. Schreus in Nr. 52a der Derm. W., 1926, Bd. 83

Von

Dr. A. Joseph, Assistent

Die dort angezogenen Schlußfolgerungen sind nicht geeignet, das Wesen der untersuchten Erscheinung zu klären. Bereits früher (Kl. W., 1926, Nr. 32) hatte ich versucht — als experimentellen Beitrag zum Problem der Malariabehandlung der Paralyse — festzustellen, ob eine Beeinflussung der Restparasiten im Zentralnervensystem bei Rekurrensimmuntieren durch Impfung mit Nagana erfolgt, und war dabei zu negativem Ergebnis gekommen; schon diese Beobachtung spricht gegen eine direkte Wechselwirkung der Erreger. Die Tatsache eines „antagonistischen" Verhaltens von Trypanosomen und Rekurrensspirochäten in demselben Wirtskörper, das sich im veränderten Ablauf der Infektion äußert, ist eher auf andere Weise zu erklären als durch die Annahme einer gegenseitigen Beeinflussung der beiden Erreger. Die letztere Anschauung ist durch nichts gestützt; die Möglichkeit, die Erreger außerhalb des Organismus aufeinander einwirken zu lassen, ist wegen der großen Fehlerquellen (verschiedene Lebensfähigkeit der Parasiten usw.) nicht angängig. Da es sich ferner um Krankheiten verschiedener Natur und Verlaufsart handelt, erscheint es verfehlt, aus einer Änderung des Ablaufs der einen Infektion auf eine Beeinflussung des betreffenden Erregers durch den anderen schließen zu wollen. Vielmehr kommt in Betracht, daß die Lebens- (und Vermehrungs-) Bedingungen der Trypanosomen zeitweilig beeinträchtigt werden durch die Zerfallsprodukte der zugrunde gehenden Spirochäten, oder — was am wahrscheinlichsten ist — daß die sich stetig vermehrenden, gegen den Rekurrenserreger gerichteten Antikörper auch auf Trypanosomen zu wirken vermögen. Ich verweise auf meine Beobachtung, daß Rekurrensimmunratten gegenüber einer Naganaimpfung erhöhte Widerstandsfähigkeit zeigen. Von einer eingehenden Untersuchung dieser wenig fruchtbaren Fragen haben wir Abstand genommen, da es uns wesentlich auf die oben angeführte Fragestellung ankam. Bemerkt sei noch, daß ich mich bei Nachprüfung der von Schreus mitgeteilten Beobachtung, daß durch die Naganaimpfung eine Provokation von Rezidiven (im Intervall bei experimenteller Mäuserekurrens) ausgelöst werde, nicht davon habe überzeugen können, vielmehr waren bei den Kontrolltieren im gleichen Zeitraum Spontanrückfälle in derselben Häufigkeit nachzuweisen.

Zu vorstehender Bemerkung des Dr. A. Joseph

Von

Prof. H. Th. Schreus in Düsseldorf

Offenbar ist sich Joseph darüber nicht klar, was er als direkte und indirekte Beeinflussung gelten lassen will, denn einerseits lehnt er eine direkte Beeinflussung mit den naheliegenden und bekannten Begründungen ab, andererseits zieht er selbst „in Betracht, daß die Lebens- und Vermehrungsbedingungen der Trypanosomen zeitweilig beeinflußt werden durch die Zerfallsprodukte der zugrunde gehenden Spirochäten . . ." Das ist aber nach dem allgemeinen Sprachgebrauch doch eine direkte gegenseitige Beeinflussung, die man sich auch noch z. B. durch Stoffwechselprodukte bewirkt denken

Digitized by Google

könnte. Doch scheint mir eine Diskussion dieser Frage müßig, solange keine weiteren Untersuchungen darüber vorliegen; dagegen ist es aber nicht angängig, diesen ganzen Fragenkomplex einfach als „wenig fruchtbar" zu bezeichnen, da er zunächst doch eine Frage für sich, bei positiven Ergebnissen aber ein sehr wichtiger Schlüssel für das Malaria- und Lueproblem sein könnte. Aus der zeitlich übrigens erst nach Korrektur meiner Mitteilung erschienenen Arbeit Josephs lassen sich endlich für die Wechselwirkung Nagana-Rekurrens keine sicheren Schlüsse ziehen, da es z. B. nach meinen zahlreichen Beobachtungen in seltenen Fällen zwar möglich ist, daß einmal eine völlige Unterdrückung der Nagana durch Rekurrens vorkommt; das Umgekehrte, nämlich die Unterdrückung der Rekurrens durch Nagana, habe ich nie beobachtet und möchte es für ausgeschlossen halten. Die Versuche Josephs besagen deshalb nur, daß die Rekurrensinfektion durch die spätere Naganainfektion nicht beseitigt wurde, nichts aber darüber, ob überhaupt eine Einwirkung stattgefunden hat.

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Graf Albert-Apponyi-Poliklinik in Budapest (Vorstand: Prof. Dr. L. Török)

Die Luetinreaktion bei der Syphilis

Von

E. Lehner und E. Rajka

Bei den Luetinversuchen, welche wir auf unserer Abteilung ausführten, bedienten wir uns des Bussonschen Organluetins. Wir haben die Reaktion bei 367 Fällen ausgeführt, unter welchen 182 Männer und 185 Frauen waren. Von diesen waren 278 (134 Männer und 144 Frauen) sicher luetisch und 89 sicher nichtluetisch. Die an 89 Kontrollfällen ausgeführten Luetinversuche ergaben stets ein negatives Resultat. Die bei einzelnen Nichtluetikern von anderen Autoren angegebenen positiven Resultate sind so niedrig (7—10%), daß diese für die Bewertung der Spezifität der Luetinreaktion keine große Bedeutung haben (vgl. Martenstein und Granzow-Irrgang).

Unter 278 luetischen Personen fanden wir in 108 Fällen positive Luetinreaktion (38,8%), unter welchen 50 (37,3%) Männer und 58 (40,4%) Frauen waren; in 12 Fällen war die Reaktion eine zweifelhafte. 158 luetische Individuen reagierten überhaupt nicht.

Nach der intrakutanen Injektion von Organluetin Busson entsteht an der Stichstelle sofort eine entzündliche Reaktion, und zwar eine Quaddel mit einem hyperämischen Hof, welche nach ungefähr 1 bis $1\frac{1}{2}$ Stunden entweder vollständig abklingt oder nur eine schwache Hyperämie aufweist. Nach Verlauf einer mehrere Stunden dauernden Inkubationszeit entsteht in positiven Fällen eine entzündliche Spätreaktion. Die entzündliche Spätreaktion manifestierte sich in dem größten Teil der Fälle als Hyperämie und Ödem, letzteres war jedoch kein ständiger Begleiter der Reaktionen, da es nur in einem Drittel der Fälle zustande kam. In einigen Fällen war es so ausgesprochen, daß es eine Erhöhung bis 5 mm über die Hautoberfläche bildete. In gewissen Fällen umgab den zentralen stark hyperämisch-ödematösen Herd ein breiter blaß-hyperämischer Hof. Die Hyperämie war im Beginn der Reaktion meistens hellrot, später wurde sie dunkler und zyanotisch. Für positiv wurden

Digitized by Google

nur jene Reaktionen angesehen, bei welchen die entzündliche Spätreaktion wenigstens 4—4 mm im Durchmesser aufwies.

Zur Feststellung der Spezifität wurden gleichzeitig auch andere eiweißartige urtikariogene Substanzen (Aolan, Serum) bzw. Tuberkulin eingespritzt. Mit Aolan erhielten wir aber nur in 5, mit Serum in 8 Fällen positive Spätreaktion, welche wir als spezifische Überempfindlichkeiten gegenüber Aolan bzw. Serum betrachten können, indem wir bei luetinnegativen Fällen denselben Prozentsatz positiver Reaktionen gefunden haben. Anders verhielten sich die Tuberkulinreaktionen. Wir erhielten in 75% der positive Luetinreaktion aufweisenden Fälle positive Tuberkulinreaktion. In demselben Prozentsatz reagierten auf Tuberkulin auch die negativen Luetinfälle, welcher Prozentsatz ungefähr den allgemein festgestellten positiven Tuberkulinreaktionen bei Erwachsenen entspricht. Die positive Spätreaktion, welche nach Injektion dieser heterologen Substanzen entsteht, trat einige Stunden nach der Injektion auf und klang nach weiteren 12—24 Stunden vollkommen ab. Die Luetinreaktion entwickelt sich jedoch viel langsamer, erreichte ihr Maximum oft später als nach 24 Stunden und dauerte oft sehr lange, selbst Wochen hindurch. Untenstehende Zusammenstellung zeigt, wieviel Zeit die positive Luetinreaktion in unseren Fällen zur Erreichung ihrer maximalen Höhe beanspruchte:

In	24	Stunden	erreichten	66	Fälle	(61,0%)	das Maximum
„	48	„	„	22	„	(22,0%)	„ „
„	72	„	„	11	„	(10,2%)	„ „
„	4—5	Tagen	„	9	„	(8,3%)	„ „

Mit anderen Worten, etwa 40% der Reaktionen vergrößern sich nach 24 Stunden noch weiter.

Die Verteilung der 278 luetischen Fälle nach den einzelnen Stadien zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1

	Männer	Frauen	Zusammen	Positiv	Männer	Frauen	Zusammen	Positiv	Prozent
Lues I, WR positiv	14	5	19	4	4	0	L. I 25	6	24
Lues I, WR negativ	3	3	6	2	1	1			
Lues II mit Symptomen . . .	20	23	43	17	9	8	L. II 204	67	32,8
Lues II latens . .	78	83	161	50	23	27			
Lues III mit Symptomen . . .	4	14	18	15	3	12	L. III 25	21	84
Lues III latens . .	2	5	7	6	2	4			
Neurolues . . .	11	6	17	10	7	3	17	10	58
Interne Lues, Aortitis	1	3	4	2	0	2	—	—	—
Kongenitale Lues .	1	2	3	2	1	1	—	—	—
Zusammen	134	144	278	108	50	58	—	—	—

Digitized by Google

Entsprechend der Intensität verteilten sich die 108 positiven Fälle folgendermaßen: + : 5—5 mm, ++ : 5—10 mm, +++ : 10—15 mm, ++++ : 15—20 mm, +++++ : 20 mm und noch größer.

+ : 8 (7,4 %)
++ : 49 (45,4 %)
+++ : 28 (25,9 %)
++++ : 7 (6,5 %)
+++++ : 16 (14,8 %)

Die Verteilung der Intensität auf die einzelnen Stadien der Lues zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2

	+	++	+++	++++	+++++	Zusammen
Lues I	0	4	2	0	0	6
Lues II	7	31	14	7	8	67
Lues III	0	6	9	0	6	21
Neurolues	0	7	2	0	1	10
Interne Lues . . .	1	0	0	0	1	2
Kongenitale Lues .	0	1	1	0	0	2
Zusammen	8	49	28	7	16	—

Unsere Untersuchungen ergaben, daß die Luetinreaktion schon im primären Stadium positiv sein kann, indem unter 25 Fällen 6 positiv reagierten und unter 6 primären wassermannegativen Fällen 2 positive Luetinreaktion zeigten. Die Zahl der positiven Luetinreaktion wächst im Sekundärstadium auf 32,8 % und steigt im Tertiärstadium auf 84 %, wobei die Intensität und Dauer der Reaktion in gleichem Maße wächst.

Unsere Befunde stimmen mit den in der Literatur angegebenen Resultaten überein, laut welchen die tertiäre und spätkongenitale Lues den höchsten Prozentsatz positiver Reaktionen aufweisen. So fand Burnier bei tertiärer Lues 79 % positive Luetinreaktion; Martenstein und Granzow-Irrgang kamen auf Grund der Resultate verschiedener Autoren zu folgender Aufstellung: 627 Fälle von Lues III mit 75,5 %, 167 Fälle von Lues congenita mit 70,5 % positiver Luetinreaktion. (Die geringe Anzahl der uns zur Verfügung gestandenen kongenitalen Luesfälle ermöglichen uns diesbezüglich keine Stellungnahme.) Doch sind Untersuchungsergebnisse bekannt, welche zeigen, daß schon im primären Stadium der Ausfall der Luetinreaktion ein positiver sein kann. So fand Ward 27 % bei primärer und 33 % bei sekundärer (exanthematischer) Lues für positiv, Fleischmann in 19 Fällen von Lues I mit negativer WR in etwa der Hälfte der Fälle; Géber fand in 7 Fällen primärer Lues mit negativer WR 1 mal, in 11 Fällen mit positiver WR 3 mal positive Luetinreaktion, was ungefähr 20 % entspricht.

Bei 106 eine positive Luetinreaktion ergebenden Fällen untersuchten wir das Verhältnis derselben zur WR. In unseren Fällen waren 57, also beinahe die Hälfte derselben, wassermannegativ, 5 Fälle waren 1 mal,

Digitized by Google

7 Fälle 2mal, 36 Fälle 3mal positiv. Die Verteilung der Fälle nach den einzelnen Stadien der Lues zeigt Tabelle 3.

Tabelle 3

	Negativ	+	++	+++	Zusammen
Lues I	3	0	1	1	4
Lues II	40	3	6	17	66
Lues III	7	0	1	13	21
Neurolues	5	1	0	4	10
Interne Lues	1	0	0	1	2
Kongenitale Lues	1	1	0	0	2

Zwischen der WR und der Luetinreaktion ergab sich in unseren Fällen kein Zusammenhang, indem zwischen den positive Luetinreaktion ergebenden Fällen die gleiche Anzahl negative als auch positive WR waren. Das entspricht der Auffassung, daß die zellulären allergischen Erscheinungen von denen der humoralen unabhängig sind. Das Blut kann Reagine enthalten, ohne daß die Haut allergische Kutanreaktion zeigt und umgekehrt.

In 48 Fällen haben wir den Einfluß der antiluetischen Behandlung auf die Luetinreaktion geprüft. Die Kranken wurden vor und nach einer antiluetischen Kur, in welcher 15 g Bismogenol und 4,5 g Neosalvarsan verabreicht wurden, auf die Luetinreaktion untersucht. Wir fanden, daß die Luetinreaktion in 26 Fällen abgeschwächt, in 14 Fällen gesteigert und in 8 Fällen unverändert blieb. Die Abschwächung erstreckte sich in 19 Fällen bis zur vollständigen Anergie, in 7 Fällen zeigte sich nur eine geringere Intensität der Reaktion. Die Verteilung der Abschwächung der Intensität zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4

	Abschwächung zur Anergie								
Abschwächung von / bis	+ / 0	++ / 0	+++ / 0	++++ / 0	+++++ / 0	++ / +	++++ / ++	+++++ / +	+++++ / ++
Lues I	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Lues II	1	6	4	0	1	1	1	0	0
Lues III	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Neurolues . . .	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Zusammen	1	9	8	0	1	2	1	2	2

Unter den gesteigerten Luetinreaktionen waren vier solche, welche bei Beginn der antiluetischen Behandlung eine negative Luetinreaktion aufwiesen und erst nach der Behandlung positiv wurden; bei den übrigen erhöhte sich nur die bei Beginn schon vorhandene positive Luetinreaktion. Die Steigerung der Intensität zeigt Tabelle 5.

Digitized by Google

Tabelle 5

Steigerung von / auf	0 / ++	0 / +++	0 / ++++	++ / +++	++ / ++++	++ / +++++	+++ / ++++	+++ / +++++	++++ / noch größer
Lues I	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Lues II	1	1	0	0	2	1	2[1])	0	0
Lues III	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Neurolues . . .	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Interne Lues . .	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Zusammen	1	2	1	1	3	1	2	2	1

Unverändert blieben 8 Fälle, und zwar 4 Fälle Lues II, 2 Fälle Lues III und 2 Neuroluesfälle.

Die Intensität der Kutanreaktionen im Verlauf einer spezifischen antiluetischen Behandlung kann sich demnach sowohl in positiver, als in negativer Richtung verändern. Die Frage, ob die Veränderung bloß der Effekt der Behandlung ist oder ob auch andere noch unbekannte Momente mitwirken, läßt sich mit Sicherheit nicht beantworten. Der Umstand, daß die Luetinreaktion durch chemische Mittel, speziell durch Jodkalium, beeinflußt werden kann, spricht allerdings dafür, daß auch die spezifische Behandlung auf die Allergie der Haut von Einfluß sein kann.

Über den Einfluß des Serums auf die Luetinreaktion haben wir in einer anderen Arbeit schon berichtet.

Literatur

Ausführliche Literatur bei: Martenstein und Granzow-Irrgang, Arch. f. Derm., Bd. 152, S. 196. — Ward, Ref. Zbl. f. Hautkrkh., Bd. 3, S. 243. — Fleischmann, D. Zschr. f. Nervenhlk., 1921, Bd. 68/69, S. 386. — Géber, Gyógyászat, 1913. — Lehner und Rajka, Derm. Zschr., im Druck. Ref. Zbl. f. Hautkrkh., Bd. 22, S. 392.

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 8. Februar 1927

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

1. Prytek: **Fall von Basalzellenepitheliom des Penis.** 39jähr. Mann. März 1925 wegen entzündlicher Phimose Dorsalinzision; im Sulc. coronarius ein kleines Ulkus mit infiltrierten Rändern; keine Drüsen, WR und Spirochätenbefund negativ, bis heute sind alle Untersuchungen auf Lues stets negativ geblieben. Nach monatelanger antiseptischer Behandlung bzw. wiederholtem Ätzen Ulkus unverändert; die noch im Oktober 1925 bestehenden Schmerzen beim Zurückstreifen der Vorhaut auch nach Lösen der Verwachsungen zwischen Glans und innerem Präputialblatt unbeeinflußt. Durch intensive Röntgenbehandlung (3 mm Al.-Filter, 1 HED) tritt vom November 1925 bis November 1926 ein Nachlassen der Beschwerden ein; von genannter Zeit ab wegen heftiger Schmerzen Aufnahme in einem Krankenhaus, wo die Probeexzision ein Ulcus rodens sicherstellte. Amputation lehnt Patient ab. Dezember 1926 ist der Befund: Fünfpfennigstückgroße ulzerierte Fläche, die sich vom Sulcus coronarius teils auf das Präputium, teils bis nahe an das Orificium ext. urethrae erstreckt, mit leicht erhabenen,

[1]) Der eine Fall erhöhte sich bei der nächsten Kur auf +++++.

Digitized by Google

deutlich infiltrierten Rändern, keine Drüsen, Präputium etwas ödematös. Nochmalige Röntgenbehandlung mit Schwerfilter, 1 HED, im Januar 1927. Im ganzen ist bis heute eine objektive Änderung nicht feststellbar, doch scheinen die Schmerzen geringer. Histologische Struktur zeigt ein typisches Basalzellenepitheliom ohne Verhornung, die Gefäße erweitert, etwas freies Pigment, die weit in die Tiefe gehende Infiltration besteht aus Lymphozyten und mäßig vielen Plasmazellen. Bemerkenswert ist 1. der frühe Beginn im 37. Lebensjahre, 2. die schwere therapeutische Beeinflußbarkeit, 3. die Ätiologie, nämlich, daß die durch die Phimose bedingten Läsionen der Haut zu Narben und diese später zu Umwandlung in Krebsgewebe geführt haben.

2. Buschke: a) 22jähr. Friseur mit spärlicher Roseola und ausgedehntem **universellem Leukoderm** an Hals, Brust, Bauch, Rücken bis zum Gesäß. Lichtschädigung der Haut liegt nicht vor. Der Fall zeigt wieder, daß das Leukoderm nicht aus einem Exanthem hervorzugehen braucht.

b) **Glaskörperblutung** nach einer Dosis I Neosalvarsan. Die Diagnose Lues wurde nicht bestätigt. Die Blutung ist als eine Folge einer — am anderen Auge diagnostizierten — Chorioiditis tuberculosa aufzufassen. Die Trübung beginnt sich schon aufzuhellen.

c) 64 Jahre alte Frau mit **ausgedehntem Karzinom der rechten Gesichtshälfte,** das zur Eröffnung der Kiefer- und Nasenhöhle geführt hat. Beginn vor 30 Jahren. Demonstration eines Schädels mit ähnlichen Knochenveränderungen.

d) 30 Jahre alter Mann mit **angeborenem Defekt des ganzen rechten Musc. pectoralis,** Fehlen des Daumens, 3. und 4. Fingers der rechten Hand.

e) 65jähr. Mann mit **gummöser Zerstörung** des häutigen, knorpeligen und eines Teiles der knöchernen Nasenscheidewand. Hirnlues und beginnende Optikusatrophie.

f) 44 Jahre alter Mann mit **Dermatitis herpetiformis.** Diagnose zuerst zweifelhaft, prompte Reaktion auf Jodkali.

g) **Röntgenulkus** der linken Gesichts- und Halsseite — in der vorigen Sitzung schon von Langer demorstriert — durch Novocyt (keratinisiertes Eiweiß nach Haupt) gebessert.

h) 53 Jahre alter Mann, der vor etwa 8 Wochen einen juckenden, mit Blasenbildung einhergehenden Ausschlag an den Handrücken, Armen, Füßen, Hals und Kniekehlen bekam. Bei der Krankenhausaufnahme 38,6°. Auf 3 Eßlöffel Jodkali Ausbreitung der Blasen über den ganzen Körper. Temp. 40°, schlechtes Allgemeinbefinden. Hiernach Diagnose **Pemphigus** wahrscheinlich, während vorher die Möglichkeit eines Erythema exsudativum bullosum erwogen wurde. Sehr günstiger Erfolg der Plasmochinbehandlung (bei einem Fall von Dermatitis herpetiformis in der Privatpraxis war dieselbe günstige Wirkung). Aber dieser Erfolg ist nicht beweisend und soll nur zur Nachprüfung anregen; die Diagnose Pemphigus konnte nicht mit Sicherheit gestellt werden; es ist nicht mit Bestimmtheit auszuschließen, ob es sich nicht um Erythema exsudativum mit zufälliger Jodidiosynkrasie gehandelt hat.

Diskussion zu h: Fischer sah den Pat. zuerst; damals waren nur Hände und Füße befallen, und man mußte an Erythema exsudativum multiforme denken.

3. F. Lesser: **Primäre Blennorhoe eines paraurethralen Ganges und gleichzeitige Luesinfektion.** 22jähr. Mann, früher nie geschlechtskrank. Urin klar, frei von Fäden. Am 27. November Infektionsmöglichkeit. 10 Tage später bemerkte er eine kleine Pustel an der Vorhaut. In der Beratungsstelle wies Balog Gonokokken nach. Der Pat. trat dann in meine Behandlung. Er zeigte eine Erosion auf der Vorhaut, die einen negativen Spirochäten-, aber positiven Gonokokkenbefund ergab. Man konnte auf der äußeren Vorhaut einen 2 cm langen Gang feststellen, der an der Umschlagstelle der Vorhaut beginnt und an der Dorsalfläche dicht neben der Raphe verläuft. Ich behandelte die Erosion mit 5%iger Protargolvaseline, worauf bald Heilung eintrat. Am 17. Dezember, also 20 Tage nach dem Geschlechtsverkehr, erschien im Sulcus coronarius eine linsengroße Erosion, in der ich keine Gonokokken, aber Spirochäten nachweisen konnte. Es handelte sich also um eine primäre Gonokokkeninfektion eines paraurethralen Ganges der Vorhaut ohne Harnröhreninfektion und um gleichzeitige Luesinfektion. Die zu Beginn der Lueskur negative WR zeigte nach der ersten Salvarsaninjektion eine positive Schwankung. Der Primäraffekt ist jetzt vollkommen verheilt. Der paraurethrale Gang zeigt keine entzündlichen Erscheinungen mehr; die vordere Öffnung ist als hirsekorngroßes Knötchen deutlich sichtbar, die hintere Öffnung macht sich zuweilen bei Heraussickern von etwas Serum bemerkbar. Im spärlichen Sekret sind noch Gonokokken nachweisbar.

Digitized by Google

Diskussion. Balog: Pat. wurde mir an der L. V. A. als „banaler paraurethraler Gang" gezeigt. Ich habe durch Gramfärbung und Kultur Gonokokken nachgewiesen, und als Pat. nach 8 Tagen meldete, daß sein „Pickel" ohne jedwede Untersuchung mit einer weißen Salbe behandelt wurde, habe ich Herrn Lippmann-Wulff gebeten, den (auch diesmaligen) Gonokokkenbefund Herrn Lesser mitzuteilen. Daß ein solitärer Raphegang noch heute mit Gonokokken besteht und mit „Protargolsalbe" behandelt wird, halte ich für einen Kunstfehler, da jederzeit eine Urogenitalinfektion stattfinden kann. Der Gang hätte durch einen Scherenschlag einfach beseitigt werden müssen.

4. Kleeberg zeigt Frau mit **Lupus erythematodes beider Fußsohlen und Zehen.** Lupus erythematodes der Hände. Gesicht frei. Lungentuberkulose. Lues latens. WR negativ. Wesentliche Besserung unter Krysolganbehandlung.

5. E. Bernhardt: **Gewerbliche Lokalisation des Lichen ruber verrucosus.** Fall 1. Lichen ruber verrucosus striatus vom Dorsum des kleinen Fingers über die Handkante bis zur Mitte des Unterarmes. Im Gegensatz zu einem gleichartigen Fall von Ketron (Baltimore) besteht keine Anästhesie. Der Kranke ist Metallschleifer. Die betroffene Stelle wird häufig „mitgeschliffen". — Fall 2. Lichen ruber verrucosus. Beginn unter der Pelotte des Leistenbruchbandes. Ferner auf Handrücken und Unterarmen. Beruf: Zimmermann.

Aussprache zu dem Vortrag Gumpert: Zur Geschichte des Rückgangs der Geschlechtskrankheiten.

a) Buschke und Langer berichten mit Demonstrationen zahlreicher Tabellen über die Epidemiologie des Ulcus molle (erscheint ausführlich in M. m. W.). Aus den Kurven ergibt sich, daß, abgesehen von den bekannten Momenten wie Virus, Infektionsmöglichkeit usw., noch Faktoren mitspielen, die wir nicht kennen und wie sie in der Epidemiologie aller Infektionskrankheiten eine bedeutende Rolle spielen. Es bestehen unter den Geschlechtskrankheiten überhaupt bezüglich ihrer Häufigkeit Zusammenhänge, die nicht nur, wie man vielfach annimmt, durch die mehr oder minder gute Behandlung bestimmt werden. Beim Ulcus molle ist immer beobachtet, daß die Zahl der Ulcus-molle-kranken Frauen überall weit hinter den Männern zurückbleibt. Zum kleinen Teil dürfte es darauf beruhen, daß sich bei einer Frau mehrere Männer gleichzeitig infizieren, viel wichtiger ist die Beobachtung, daß bei den Frauen die Ulcus-molle-Bazillen sich vielfach saprophytär finden, daß die Frauen gewissermaßen Bazillenträger sind und ohne ihr Wissen die Männer infizieren.

b) Heller betont, daß für die Beurteilung der Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten auch zu berücksichtigen ist, daß bei der Abortivbehandlung von manchen Ärzten auch Fälle als Lues behandelt würden ohne Spirochätennachweis; jede Diagnose ist später oft unmöglich. Von größtem Einfluß ist auch die Änderung der Geschlechtssitten; die bezahlte öffentliche oder geheime Prostitution spielt lange nicht mehr die Rolle wie früher und wird ersetzt durch „die Freundin", das Verhältnis, die Braut. Wenn auch diese Frauen noch häufig genug den Geschlechtspartner wechseln, so sind sie doch ohne Zweifel keine so starken Infektionsquellen als die gleiche Zahl und während desselben Zeitabschnitts mit Männern verkehrende geheime und öffentliche Prostituierte war.

c) Haustein: Die Ausführungen Gumperts in der letzten Sitzung, wie auch persönliche Diskussion, wobei mir Gumpert sein statistisches Material nochmals klarlegte, haben mich nicht davon überzeugen können, daß die Schwankungen in den von Gumpert vorgeführten statistischen Reihen in der Hauptursache durch epidemiologische Einflüsse zu erklären sind. Ich halte vielmehr auf Grund meiner am norwegischen Material 1921 vorgenommenen Untersuchung (Zschr. z. Bek. d. Geschlechtskrkh., Bd. 20) an der Anschauung fest, daß der Ablauf der Erkrankungskurven an Syphilis wie an Blennorrhoe, wenigsten soweit die Zeit bis zum Weltkrieg in Frage kommt, maßgeblich von sozialökonomischen Faktoren abhängt, und daß seit dem Weltkriege bei der Beeinflussung der Lueskurve die Salvarsantherapie eine hervorragende Rolle spielt. Historische Stützen für meine sozialökonomisch fundierte Auffassung finde ich einmal bei Parent-Duchatelet und dann bei dem von Gumpert zitierten Charles Mauriac, der meine Anschauungen in seiner 1882 in den Annales d'Hygiene publique erschienenen Arbeit über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Stadt Paris vom Ende des Jahres 1875 bis zum Beginn des Jahres 1881 geradezu bestätigt. Das dem Gumpertschen Vortrage zugrunde gelegte statistische Material muß ich als nicht beweiskräftig ablehnen: die angeführten Militärstatistiken können für die Beurteilung der Zu- oder Abnahme der Geschlechtskrankheiten, d. h. als Ersatz für nicht vorhandene Erkrankungsziffern der Gesamt-

Digitized by Google

bevölkerung, keine Verwendung finden. Ganz abgesehen davon, daß die Militärbevölkerung nicht als repräsentativ für die Gesamtbevölkerung betrachtet werden kann, bestand die von Gumpert angeführte Militärstatistik nur aus Zugangsziffern, d. h. aus der Zahl aller überhaupt beobachteten Erkrankungsfälle einschließlich aller Rezidive. Die Höhe dieser Zahl hängt deshalb völlig ab vom Stande der Therapie. Eine die Höhe der Rezidive einschränkende Behandlungsmethode ergibt theoretisch sogar die Möglichkeit, daß trotz tatsächlich erhöhter Infektionshäufigkeit die Militärstatistik eine geringere Zahl von Behandlungsfällen verzeichnet. Die ferner von Gumpert herangezogene Statistik von Oslo spricht für meine Auffassung, und die Kopenhagener Statistik, die an zwei Stellen der Osloer stark widerspricht, kann nur unter Berücksichtigung der dabei mitsprechenden, die Kurve künstlich beeinflussenden Bedingung verwendet werden. Alle näheren Ausführungen behalte ich mir für einen eigenen Vortrag vor.

d) Mosbacher (Univ.-Hautklinik).

e) F. Lesser: Bei der Deutung statistischer Zahlen über Geschlechtskrankheiten ist die größte Vorsicht geboten. Mehrere Faktoren von großer Bedeutung sind nicht berücksichtigt worden, nämlich die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft in der Erkennung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten, ferner die Aufklärungstätigkeit über diese Volksseuchen sowie die sanitären öffentlichen Einrichtungen, Beratungsstellen usw. Gerade wo es sich bei den Geschlechtskrankheiten um sogenannte diskrete Krankheiten handelt, ist der letztgenannte Faktor von großer Bedeutung. Je mehr man aufklärt und sanitäre Einrichtungen schafft, um so mehr kommen die Geschlechtskrankheiten in ärztliche Behandlung, um so höhere Zahlen muß die Statistik aufweisen. Die großen Entdeckungen von Schaudinn, Wassermann und Ehrlich bewirken, daß weit mehr Geschlechtskranke der ärztlichen Behandlung zugeführt werden, und so muß auch erwartet werden, daß, wenn das neue Gesetz zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten in der Praxis richtig gehandhabt wird, die statistischen Zahlen bedeutend anschwellen, ohne daß man daraus auf eine absolute Zunahme der Krankheiten schließen darf. Die Kurpfuscher werden natürlich schlußfolgern, daß die Geschlechtskrankheiten, seitdem sie von der Behandlung derselben ausgeschlossen wurden, laut Statistik eine bedeutende Vermehrung erfahren haben. Auch über die Zunahme der Geschlechtskrankheiten im Kriege gewinnt man aus den statistischen Zahlen ganz falsche Vorstellungen. Wenn man z. B. liest, daß im Kriege 36% Geschlechtskranke gegenüber 12% im Frieden festgestellt wurden, so wäre es grundfalsch, auf eine Verdreifachung der Krankheiten im Kriege zu schließen. Man muß doch berücksichtigen, daß Millionen von Menschen regelmäßigen Gesundheitsbesichtigungen, meist zweimal monatlich, unterworfen waren und fast alle Geschlechtskranken aufgespürt wurden, während im Frieden die Krankheiten im Verborgenen blühen, von Kurpfuschern behandelt werden usw. Mit statistischen Zahlen ist recht wenig anzufangen, besonders mit vergleichenden Statistiken zwischen den Jahren 1904 und 1926. Auch die eben vorgetragene Statistik des Herrn Mosbacher aus der Arndtschen Klinik spricht ja sehr für eine Abnahme der syphilitischen Ansteckungen, aber einen einwandfreien Beweis stellt sie nicht dar, da es möglich ist, daß die syphilitischen Infektionen ohne Primäraffekt und ohne Sekundärerscheinungen, d. h. die sogenannten stummen Infektionen, zugenommen haben. Die Zahl der stummen Infektionen war doch schon immer sehr groß: 30% aller Syphilitischen mit Späterscheinungen wissen doch bekanntlich überhaupt nichts von einer Ansteckung und entgehen der Statistik über frische Ansteckungen. Weit mehr als statistische Zahlen muß uns der gesunde Menschenverstand besagen. Wir Ärzte zeigen eine eigentümliche Einstellung. Wir sorgen in intensiver Weise für die Aufklärung des Volkes, wir richten in uneigennütziger Weise Beratungsstellen, Ambulatorien usw. ein, wir preisen die Bedeutung der großen wissenschaftlichen Entdeckungen, und wenn wir schließlich eine Abnahme der Geschlechtskrankheiten feststellen zu müssen glauben, dann wollen wir sie nicht als wahr anerkennen oder führen sie auf den Genius epidemicus zurück. Ich kann mir darunter bezüglich Geschlechtskrankheiten nichts vorstellen.

f) Balog: Die Statistik über Gonorrhoe ist vollkommen wertlos. Die Gonokokken wurden und werden zu Beginn der Erkrankung nicht systematisch festgestellt. Noch schlimmer steht es mit der Feststellung der Heilung. Balog fordert die Bekämpfung der Gonorrhoe auf breitester, wissenschaftlicher Grundlage durch Gelehrte aller Länder.

g) Matthias: In der Geschichte der Syphilis ist bereits zweimal von einem Rückgang der Syphilis berichtet worden, der so bedeutend war, daß verschiedene der damals lebenden Ärzte ein dauerndes Erlöschen der Syphilis in Aussicht gestellt haben. Das

Digitized by Google

erstemal war dies 1520 der Fall, also schon wenige Jahrzehnte nach dem ersten epidemischen Auftreten der Syphilis in Europa. Während man zu Beginn der Epidemie froh gewesen war, in dem Hg ein ausgezeichnet wirkendes Mittel zur Verfügung zu haben, machte sich schon bald eine heftige Opposition gegen das Quecksilber bzw. gegen seinen Mißbrauch geltend. Dazu kam, daß Vegetabilien, die einen großen Ruf als Antisyphilitika genossen, aus Amerika eingeführt worden waren; vor allem war dies das Guajak. Alles dies wirkte zusammen, um die therapeutische Anwendung des Hg weitgehend einzuschränken. Zu gleicher Zeit wird von einem sehr bedeutenden Nachlassen der Syphilis berichtet. Zitat von J. K. Proksch. Zum zweiten Male fand ein Rückgang der Syphilis um das Jahr 1830 statt. Dieser Zeit ging eine Periode starker Hg-Anwendung voraus, die ihren Höhepunkt in den Salivations- und Hungerkuren von Louvrier und Rust fand. Die Opposition, die sich hiergegen geltend machte, ging aus von englischen Militärärzten, die die sogenannte einfache, d. h. Hg-freie Behandlungsmethode während eines Feldzuges in Portugal kennengelernt hatten. Dieses „simple treatment" nahm dann seinen Weg durch alle Kulturländer. Auch aus dieser Zeitperiode stammen Nachrichten von einem Rückgang der Syphilis aus verschiedenen Ländern. So stellen zwei offizielle Rundschreiben des schwedischen Gesundheitsrates aus den Jahren 1831 und 1832 fest, daß die Syphilis milder und seltener geworden ist. Vergleicht man diese beiden Zeitperioden mit der Gegenwart, so ergeben sich verschiedene Parallelen. Der Gegenwart voraufgehend ebenfalls eine Periode starker Hg-Anwendung unter dem Einfluß von Fournier und Neisser. Seit Beginn der Salvarsanära ein weitgehendes Zurückdrängen der Hg-Anwendung. Seit kurzem ein Rückgang der Syphilis. Um Mißverständnisse zu vermeiden, möchte ich betonen, daß von mir kein ursächlicher Zusammenhang angenommen wird, daß ich also nicht glaube, daß die Zurückdrängung der Hg-Anwendung eine Ursache für den Rückgang der Syphilis ist. Ich darf hinzufügen, daß ich persönlich kein Antimerkurialist, sondern im Gegenteil Anhänger des Hg bis in die jüngste Zeit geblieben bin. Gleichwohl ist es aber doch ein merkwürdiges Zusammentreffen, daß in drei weit auseinanderliegenden Zeitperioden ein Rückgang der Syphilis zu verzeichnen ist gerade immer zu einer Zeit, in der die therapeutische Anwendung des Hg in weitgehendem Maße eingeschränkt war.

h) O. Rosenthal betont zu den Ausführungen von Matthias, daß die Ärzte, die 1830 zum simple treatment übergegangen waren, sich von ihrem Irrtum überzeugten und wieder für die Quecksilberbehandlung eintraten.

i) Bruhns glaubt doch, daß der Rückgang der Syphilis auf unsere guten antisyphilitischen Behandlungsmethoden — vor allem seit Einführung des Salvarsans — zurückzuführen ist; er berichtet über den Rückgang der Lues am Charlottenburger Krankenhaus.

k) Arndt.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Acta Dermatologica (Japan)

1926, Bd. 7, H 4

Experimental Studies of Precipitin and the Specific Cuti-Reaction. II. On the Appearence of Precipitin Following Reinjection in Previously Immunized Animals (Experimentelle Untersuchungen über Präzipitin und die spezifische Kutireaktion. II. Über das Auftreten von Präzipitin nach Reinjektion vorher immunisierter Tiere), von G. Shoji, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 461. Mit verschiedenen Antigenen (Hühnereiweiß, Menschen-, Schafserum u. a.) vorbehandelten Kaninchen wurde das gleiche Antigen ein zweites Mal injiziert, nachdem das Präzipitin der ersten Immunisierung verschwunden war. Das erneute Auftreten von Präzipitin wurde dann sorgfältig beobachtet. Der Modus der Injektion (kutan oder intravenös) spielte bei dem Wieder-

Digitized by Google

auftreten von Präzipitin keine Rolle. Der Maximalwert wurde etwa 96—120 Stunden nach Injektion von 0,1 ccm Antigen erreicht. Wurde bei der 1. Injektion kein Maximalwert erreicht, so ließ sich bei der Reinjektion eine erhöhte Bildung von Präzipitin hervorrufen. Wurde schon beim erstenmal eine maximale Reaktion erzeugt, so ließen weitere Injektionen die Präzipitinbildung nicht anwachsen. Nach Reinjektionen scheint das Präzipitin im Blut der immunisierten Tiere etwas länger zu persistieren.

Über die Pityriasis versicolor auf der behaarten Kopfhaut, von G. Shoji, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 471. Nach Erfahrung des Verf. ist die Pityriasis versicolor auf der Gesichts- und Kopfhaut durchaus keine Seltenheit. In kurzer Zeit wurden 20 Fälle von Kopfhautpityriasis beobachtet. Hauptsitz ist die Hinterhauptregion, von dort aus weitere Ausbreitung. Fast alle Patienten sind junge Männer.

Kontinuierliche Syphilisbehandlung anstatt intermittierender; achtjährige Erfahrung, von J. Almqvist-Stockholm. S. 473. Ausführliche Darstellung der bekannten und bereits an anderer Stelle veröffentlichen Anschauungen des Verf. über den Nutzen und die prinzipielle Bedeutung einer langen kontinuierlichen Syphilisbehandlung unter wechselseitiger Verwendung von Salvarsan, Wismut, löslichen Queksilberpräparaten.

Mikrosporie auf dem behaarten Kopfe einer Erwachsenen, von M. Minowada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 497. Fall von Mikrosporie bei einer 35jähr. Nonne auf der behaarten Kopfhaut. Klinisch und mikroskopisch gesichert. Die Kulturen gingen nicht an.

The Influence of Salvarsan Treatment upon the Syphilitic Reactions of the Blood and Cerebrospinal Fluid (Der Einfluß der Salvarsanbehandlung auf die syphilitischen Reaktionen von Blut und Liquor), von S. Matsumoto, Derm. Univ.-Inst. Kyoto. S. 513. Bekanntes über das Verhalten von WR, MTR, SGR bei Syphilis im Blut. Bei 270 Patienten wurden die zytologischen, chemischen und serologischen Veränderungen des Liquors studiert, dabei wurde festgestellt, daß mitunter intensive Liquorveränderungen bei negativer Seroreaktion zu beobachten waren. Die Veränderungen beginnen bereits im frühesten Stadium (22%), um allmählich an Häufigkeit zuzunehmen (Metasyphilis 85%). Nach Salvarsan verschwindet zuerst die positive WR, dann fällt die Zellvermehrung, die Protein- und Globulinreaktionen bleiben meist unbeeinflußt. Der Liquor behandelter Fälle verhält sich nicht besser als der Liquor unbehandelter Fälle. Die Möglichkeit des Zusammenhanges der Entstehung zerebrospinaler Erscheinungen mit dem Modus der Behandlung ist nicht zu bestreiten. Mitteilung von eigenen Erfahrungen und denen anderer japanischer Autoren über Seroreaktionen bei der experimentellen Kaninchensyphilis. Wesentliche Unterschiede zwischen Menschensyphilis und Kaninchensyphilis in bezug auf die Seroreaktion.

On the Treatment of Syphilis With Wisphormin (Über die Behandlung der Syphilis mit Wisphormin), von H. Ishimaru-Osaka. S. 525. Über 30 Patienten wurden z. T. in Kombination mit Salvarsan, mit diesem neuen intravenösen japanischen Wismutpräparat behandelt. Gute Erfolge. Die geringen Nebenwirkungen bestanden lediglich in Polyurie kurz nach der Injektion.

1926, Bd. 7, H. 5

Zwei Fälle von Pachydermia acrovasoparalytica, von T. Suzuki, Hosp. Kwayodo, Osaka. S. 540. Ein von Ijiri 1917 beschriebener Stauungszustand der Extremitäten, von Schmerz und Mattigkeitsgefühl begleitet, mit nachfolgender Hautverdickung. 2 Fälle: 24jähr. Mann, an Zehen und Fußrücken Zyanose und Hautverdickung. Seit 5 Jahren Erythema Bazin an den Beinen, papulonekrotische Tuberkulide am Rumpf. 23jähr. Mädchen: Abnorme Hautverdickung an den Beinen, die bräunlich-rötlich verfärbt sind. Rauhe Haut, leichtes Ödem.

Experimental Studies of Precipitin and the Specific Cuti-Reaction. III. The Disappearence of Injected Antigens in the Blood of Normal and Immunized Animals Respectively (Experimentelle Untersuchungen des Präzipitins und der spezifischen Kutireaktion. III. Das Verschwinden des injizierten Antigens im Blut normaler und immunisierter Tiere), von G. Shoji, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 563. Bei wiederholter Injektion von 0,1 ccm Antigen intravenös zeigte sich folgendes: Die Anwesenheit des Antigens im Blut differiert individuell, mit dem Steigen des Präzipitintiters wird die Anwesenheit des Antigens abgekürzt. Kaninchen mit gleichem Präzipitintiter eliminieren keineswegs in gleicher Weise das Antigen. Ist ein Kaninchen mit einem bestimmten Antigen immunisiert worden und wird nun nochmals dieses Antigen injiziert, so bleibt dies kürzere Zeit im Blute als vorher. Bei wiederholter intrakutaner Injektion von 0,1 ccm

Digitized by Google

Antigen: Das fremde Protein erreicht im Kreislauf 48 Stunden nach der Injektion maximale Werte. Steigt der Präzipitintiter für ein bestimmtes Antigen, so wird die spezifische Dermoreaktion nach Injektion des gleichen Antigens intensiver: je höher der Präzipitintiter beim Tier, desto schneller wird das injizierte Antigen aus der Blutbahn ausgeschieden. Bei einem Tier, das zwecks Produktion von Präzipitin immunisiert wurde, welches jedoch spontan aus der Blutbahn verschwunden ist, kann man durch Reinjektion konstant die spezifische Dermoreaktion erzeugen, aber in diesem Falle ist nur ganz wenig oder gar kein Antigen nachweisbar.

Über die histologische Untersuchung der Primärsklerose, von S. Watanabe, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 644. Bei Primärsklerom in der Frühperiode ohne Geschwürsbildung: Neubildung, Dilatation und Füllung der Kapillaren, zwischen ihnen oberflächliche diffuse Infiltration mit Plasmazellen und Lymphozyten. Die Venen in dem Infiltrationsherd weisen Wandverdickung und Endothelwucherung auf, dadurch Obliteration des Lumens. Bei der geschwürigen Primärsklerose: In der Infiltrationszone reichlich Gefäßneubildung und Blutungen. Plasmom. In der Tiefe Lymphozyten, Fibroblasten. Die kleinen Arterien durch starke Zellinfiltration zusammengepreßt, oft obliteriert. Hyaline Degeneration der Media. Im heilenden Stadium Abnahme der neugebildeten Kapillaren, Fibroblasten in der Kutis nehmen zu, beginnende Bindegewebswucherung. Bei her vernarbten Sklerose reichlich Lymphozyten und Plasmazellen. Reichlich neue Bindegewebsfasern. Arterien, Venen und Lymphgefäße also stets hochgradig affiziert. Riesenzellen wurden bei vier veralteten Sklerosen beobachtet. In der Peripherie reichlich Mastzellen. Die charakteristische Derbheit des Schankers ist histologisch nicht zu erklären.

Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (Habermann), von J. Almkvist-Stockholm. S. 649. Beschreibung eines Falles, der sich den zehn bisher von anderer Seite mitgeteilten Fällen anschließt, bei denen die Pityriasis lichenoides einen besonders akuten und zur Nekrose neigenden Verlauf genommen hat, so daß Verf. die von Habermann vorgeschlagene Bezeichnung Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta anerkennt.

1926, Bd. 7, H. 6

Fall von Luxatio testis und über den Entstehungsmechanismus derselben, von S. Hamanishi und K. Inokuchi, Orthop. Chir. Univ.-Kl. Kyoto. S. 682. Bei einem 29jähr. Mann wurde durch ein Trauma der linke Hoden quer unter die Haut des Schamberges verlagert. Chirurgische Heilung. Auf Grund der vorliegenden Literatur glaubt Verf., daß bei den verschiedenen Luxationen des Hodens und seiner Zurückdrängung in den Leistenkanal die reflektorische gewaltsame Kremasterreaktion die Hauptrolle spielt.

Ein Fall von solitärem Dermatomyom, von I. Asai, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 700. Bei einer 51jähr. Bäuerin entwickelte sich vor 10 Jahren an der Streckseite des linken Vorderarmes ein Knötchen, das allmählich größer wurde und sich bräunlich färbte. Seit 5—6 Jahren periodisch mehrmals täglich wiederkehrender heftiger spontaner Schmerz. Knorpelhart, mit der Haut fest verwachsen, dellenartig vertieft. Die Geschwulst bestand aus glatten Muskelfibrillen unklarer Abstammung.

Über die Verteilung der Spirochäten in der Primärsklerose, von S. Watanabe, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 727. Bei 19 von 58 Fällen wurden mittels Silberimprägnationsverfahren Spirochaetae pallidae nachgewiesen. In narbig verheilten Sklerosen keine Pallidae. Je nach dem Alter der Primärsklerose ist die Verteilung der Pallidae verschieden. Bei den ulzerokrustösen Formen sind die Pallidae am zahlreichsten direkt unter der Kruste, nach der Tiefe zu und an den Seiten spärlicher. Gewöhnlich liegen sie in der Umgebung der kleinsten Venen, aber auch in den Lymphspalten und zwischen den Infiltrationsstellen. Die Kapillaren der Geschwürsfläche sind mit zahlreichen Pallidae besetzt, in den Lymphlücken fehlen sie in der Regel. Mitunter in den Nervenbündeln, den Endkörperchen, im Lumen und der Adventitia der kleineren Arterien. Keine deutlichen phagozytären Phänomene. Zwar hin und wieder in den Infiltrationszonen Klümpchen von Pallidae, aber nur ausnahmsweise Bilder, die an endotheliale Phagozytose erinnern.

Über eine einfache Serodiagnose der Framboësie und Syphilis, insbesondere über die Präzipitierungsreaktion der Framboësia, von M Hashikuchi. S. 749. Verf. hat in alkoholischem Schweineherzextrakt unter Zusatz von Cholesterin ein brauchbares Antigen für die Seroreaktion von Syphilis und Framboësie gefunden. Die Positivität

Digitized by Google

der Präzipitierungsreaktion und der WR stimmten bei Syphilis zu 94,5%, bei Framboësie zu 96,7% überein.

On the Immunological Relation Between Syphilis and Framboësia (Über die Immunitätsbeziehungen zwischen Syphilis und Framboësie), von S. Matsumoto, Y. Ikegami und S. Takasaki, Derm. Univ.-Kl. Tokio. S. 753. Um die Frage der Qualität von Framboësievirus und Pallidaevirus zu entscheiden und um eine etwaige immunisatorische Identität von Pallida und Pertenuis festzustellen, wurden unbehandelte, noch aktiv an Syphilis erkrankte Kaninchen mit Framboësievirus geimpft. In sehr vielen Fällen kam es zu typischen framboësischen Erscheinungen in loco. Die Versuche werden in der Richtung fortgesetzt, daß salvarsangeheilte Tiere mit Framboëse infiziert werden und die Super- und Reinfektionsbedingungen bei Framboësie näher studiert werden.

1926, Bd. 8, H. 1

Experimental Studies of Precipitin and the Specific Cuti-Reaction. IV. The Relation Between Precipitin and Cuti-Reaction (Experimentelle Untersuchungen über Präzipitin und spezifische Kutireaktion. IV. Die Beziehungen zwischen Präzipitin und Kutireaktion), von G. Shoji, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 27. Zur Immunisierung von Kaninchen wurden Hühnereiweiß, Menschen- und Schafserum verwandt. Um eine spezifische Dermoreaktion einzuleiten, wurden den Tieren in verschiedenen Stadien der Immunisierung 0,1 ccm Antigen in die Abdominalregion injiziert. Tiere, die mit einem spezifischen Antigen immunisiert waren, reagierten auf Reinjektion dieses Antigens konstant mit spezifischer Kutireaktion. Die Intensität dieser Reaktion variiert entsprechend dem Präzipitintiter. Individuelle Schwankungen kommen vor. Die Intensität der Kutireaktion hängt weitgehend von der Konzentration des verwandten Antigens ab. Je schwächer die Konzentration, desto geringer die Kutireaktion. Die Haut der immunisierten Tiere ist hochreizbar bei Reinjektion des gleichen Antigens. Sogar sehr verdünnte Lösungen wie 1:10000 produzieren noch spezifische Kutireaktion, die vermutlich das Resultat der Vereinigung von Antigen und Präzipitin im Hautgewebe ist. Indessen spielt auch die Allergie des Gewebes eine wichtige Rolle. Der allergische Zustand hängt nicht von dem Vorhandensein von Präzipitin im Blutserum des Tieres ab, sondern kann auch noch nach Eliminierung des Präzipitins aus dem Blut fortbestehen.

Medical Observation of Natives in the Japanese South Sea Islands. I. Observations on Growth and Development of Healthy Native Infants and Children in Palau (Medizinische Beobachtung der Eingeborenen auf den japanischen Südseeinseln. I. Beobachtungen des Wachstums und der Entwicklung gesunder eingeborener Kleinkinder und Kinder auf Palau), von S. Takasaki. S. 38. 6000 Kinder vom 1. bis 10. Lebensjahr wurden untersucht.

Inoculation with Syphilis in the Nasal Regions (A New Method of Inoculation) (Syphilisinokulation in die Nasalregion [Eine neue Methode der Inokulation]), von O. Domon, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 65. Beim Kaninchen sitzt beiderseits der Nase, zwischen Os intermaxillaris und oberem Rand des Os maxillaris, eine kleine Einsenkung ($0{,}4 \times 1{,}0$). Wenn eine Emulsion von Virus an dieser Stelle injiziert wird, kann man mit 100% Wahrscheinlichkeit auf eine Infektion rechnen. Es entsteht eine papulöse, stark indurierte Schwellung. Die histologischen Befunde unterscheiden sich wenig von denen, die bei skrotaler Infektion beobachtet werden. Auch hier entsteht das typische myxomatöse Gewebe.

Über die Lymphangitis dorsalis penis, von S. Watanabe, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 92. Histologische und klinische Ergebnisse von 15 Fällen strangartiger Induration im Dorsum penis bei Primärsklerose. Bald kaum fühlbar, bald bleistiftdick. Zwei Arten: schmale, nicht derbe im Sulcus coronarius, an Frenulum und Präputium („Primärstränge"); dicke, derbe, bei veralteten oder abheilenden Sklerosen („Sekundärstränge"). Die Stränge, die sich vom Sulkus zur Peniswurzel hinziehen, liegen in der Regel in der Mittellinie, bestehen nicht selten aus 2—3 Streifen. Mitunter fühlt man Höcker mit Abszeßbildung (Bubonulus). In 2 Fällen ließen sich die Stränge bis in die Leistendrüsengegend verfolgen. In 1 Falle mehrere rosenkranzartige Knoten. Ähnliche Stränge mitunter auch bei akutem Tripper. Histologisch: Perilymphangitis, bei den Sekundärsträngen Peri- und Endolymphangitis, teilweise obliterierend. Häufig Peri- und Endophlebitis der kleineren und mittelgroßen Venen.

Digitized by Google

A New Method of Recording the Velocity of the Ciliary Movement of the Epithelium (An Experiment with the Tissue-Culture Method) (Eine neue Methode zur Schnelligkeitsmessung der Flimmerbewegung des Epithels [Ein Experiment mit der Gewebskulturmethode]), von T. Umeda. Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 95. Durch einen sinnreichen Mechanismus ist es dem Verf. gelungen, die Bewegungen der Flimmerepithelien eines Froschpharynx und Ösophagus, auf Plasmakulturen verpflanzt, während der mikroskopischen Beobachtung kymographisch zu registrieren.

1926, Bd. 8, H. 2

On a Case of Diverticle of the Urinary Bladder (Über einen Fall von Harnblasendivertikel), von S. Tamura. Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 128.

Cultures of Embryonic and Adult Epithelium in Homologous and Heterogous Plasma (Verfahren von embryonalem und jugendlichem Epithel in homogenem und heterogenem Plasma). von Sh. Ishikawa, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 168. Epithel von Haut, Kornea, Gallen- und Harnblase von Fröschen und Kaulquappenektoderm wurde in homogenem und heterogenem Plasma kultiviert. Die Epithelbewegungen jeder Kultur wurden nach mehreren Tagen verglichen. Das Epithel von Rana nigromaculata, Rana temporaria und Bufo vulgaris wies in homologem Plasma lebhaftere Bewegungen auf als in einem heterogenen Medium. Das Epithel von Bufo vulgaris in Rana temporaria-Plasma zeigte intensivere Bewegungen als in Rana nigromaculata-Plasma; das Epithel von Rana temporaria in Bufo vulgaris-Plasma hatte ausgesprochenere Beweglichkeit als das Rana-nigromaculata-Epithel im gleichen Plasma. Es bestehen also gewisse Differenzen, die wohl mit den Beziehungen der einzelnen Froscharten zueinander zusammenhängen.

The Influence of Mechanical Irritation in the Cornea Upon the Production of Syphilitic Keratitis in Rabbits (Der Einfluß mechanischer Reizung der Kornea auf die Entstehung syphilitischer Keratitis bei Kaninchen), von O. Domon, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 181. Kaninchen wurden fünfmal hintereinander mit eintägigem Intervall bis zur Schwellung und Rötung der Conjunctiva palpebralis und bulbi und Hyperämie der Iris nach jeder Manipulation, mechanisch gereizt. Bei der 1. Versuchsserie wurden 4 Kaninchen in die vorderen Augenkammern beider Augen Virus injiziert, dann gereizt, ohne daß Verkürzung der Inkubation bemerkbar war. 17 Kaninchen, die 6 Monate vorher skrotal infiziert worden waren und keine Augensymptome hatten, wurden ähnlich behandelt. 6 Kaninchen, von denen jedes an einer einseitigen metastatischen Augenerscheinung litt, wurde an dem gesunden Auge gereizt. In allen Fällen kam es 2 Monate nach dem Reizungsexperiment zu keiner syphilitischen Keratitis.

Zur Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von H. Kajikama. S. 200. Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen wurde bei 300 Kranken mit den verschiedensten Leiden nachgeprüft und auch bei der Syphilis in Beziehung zur WR gesetzt.

M. Gumpert-Berlin.

Annales des Maladies Vénériennes

1926, Jahrg. 51, Nr. 12

L'état actuel de la lutte contre les maladies vénériennes (Der gegenwärtige Stand der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten), von Cavaillon. S. 901. Ausführlicher Bericht über die Organisation der Bekämpfung der Blennorrhoe und der Syphilis. Zusammenarbeit mit den Behörden und mit den praktischen Ärzten, Einrichtung von Untersuchungs- und Behandlungsstellen unter besonderer Berücksichtigung der hereditären Lues, Ausdehnung der ärztlichen Fürsorge auf das Personal der Eisenbahnen und der Handelsmarine, Überwachung der ausländischen Arbeiter, Einrichtung eines besonderen Dienstes in den Gefängnissen, Überwachung der Prostitutierten usw. Durch die energischen Maßnahmen ist es gelungen, die Zahl der Totgeburten von 48,3‰ im Jahre 1916 herunterzudrücken auf 39,4‰ 1925. Die Zahl der Primäraffekte beim Heer ist von 14,16‰ im Jahre 1914 über einen Höchststand von 21,10‰ 1921 gesunken auf 1,84‰ 1925.

A propos des injections de muthanol (Über Muthanoleinspritzungen), von P. Lemay und G. Fermé. S. 951. Im Anschluß an den Artikel von Lévy-Bing und Barthélemy in der letzten Nummer dieser Zeitschrift erwidern die Hersteller des Prä-

Digitized by Google

parates, daß bei der Verarbeitung des für das Muthanol verwandten Olivenöls im letzten Jahr eine Modifikation tatsächlich insofern stattgefunden hat, als bisher die Reinigung des Öls durch zweimalige Waschung mit Alkohol erfolgte, während jetzt die Reinigung unterblieb und an ihre Stelle eine Neutralisation mit Soda trat. In Zukunft wird wieder das alte Verfahren mittels Alkoholwaschung angewandt werden.

F. Landauer-Berlin.

Bücherbesprechungen

Die syphilitischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis, von P. Mulzer, erschienen in russischer Übersetzung, unter der Redaktion und versehen mit Bemerkungen von W. Iwanow. (500 S. Preis 4 Rubel [8 Mark]. Staatl. Verlag, Moskau 1926.) Nach dem Muster des sich so großer Beliebtheit erfreuenden, von Darier-Zwick-Jadassohn im Jahre 1913 herausgegebenen Grundrisses der Dermatologie ist nun das von Mulzer im Verein mit anderen, im Jahre 1922 im Verlage von Lehmann erschienene Buch über syphilitische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis, in russischer Übersetzung, versehen mit Randbemerkungen des Venerologen W. Iwanow, des Ophthalmologen W. Odintzow, des Neurologen J. Tarassewitsch und des Otologen L. Swerstewski auf den Markt gekommen. Das Mulzersche Sammelwerk, bereits in dieser Wochenschrift sehr günstig beurteilt (Bd. 75, S. 839), fand mit Recht dank seiner kurzen, präzisen, alles Wichtige hervorhebenden und so leicht verständlichen Ausdrucksweise großen Beifall auch in Rußland, so daß die russische Übersetzung nur freudig zu begrüßen ist.

A. Jordan-Moskau.

The Effect of Treatment on the Wassermann Reactions of Syphilitic Patients (Der Behandlungseffekt syphilitischer Patienten, beurteilt nach der Wassermann-Reaktion), von E. Glynn, R. E. Roberts und Ph. M. Bigland. (Verlag Med. Research Council, London 1926.) Der Bericht hat große Versuchsreihen (das Material reicht von April 1918 bis Dezember 1923) mit übersichtlichen zahlreichen Kurven und Tabellen zur Grundlage. Die WR wurde bei möglichster Ausschaltung aller Fehlerquellen mit einer halbautomatischen Batterie zur Auffüllung durchgeführt. Je eher sich ein Luetiker einer gründlichen Behandlung unterzieht, um so größere Aussichten hat er, WR-negativ zu werden, es zu bleiben und gänzlich geheilt zu werden. Hg-Behandlung allein reicht nicht aus, eine negative WR zu erzielen oder klinische und serologische Rezidive auszuschließen. Hg intern verabreicht zeitigt ganz außerordentlich oft Serorezidive. Es werden nicht alle Spirochäten vernichtet, es bleiben Residualspirochäten. Ein weit kräftigeres Mittel ist das Salvarsan, welches auf jeden Fall geeigneter ist, Serorezidive zu verhindern, Residualspirochäten zu vernichten und zur völligen Heilung zu führen.

S. Habermann-Prag.

Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit, von Ullmann, Oppenheim und Rille. (Bd. 2, Lieferung 9—12 [Schluß]; Bd. 3, Lieferung 3—6 [Schluß]. Verlag Leopold Voss, Leipzig 1926.) Mit den vorstehenden Lieferungen ist das dreibändige Werk vollständig geworden. Diese, wie die vorausgehenden Lieferungen haben bewiesen, wie sehr sie die kaum noch zu überblickenden Problemstellungen der Dermatologie und deren immer dringlicher sich gestaltenden Wechselwirkungen mit Bezug auf die innere Klinik beherrschen und überall anregend den Dermatologen mit der Gesamtmedizin verknüpfen. Mit Befriedigung und Staunen wird der Facharzt in den einzelnen Kapiteln blättern, deren Folge und Anordnung bei den letzten Bänden ihm mehr die gewohnten Schwierigkeiten des verantwortlichen Schriftleiters verraten, als daß sie der inneren und eigentlichen Disposition des Ganzen zu entsprechen scheinen.

Mit dem 2. Band sollte die systematische Folge der verschiedenen Hautschädigungen nach einzelnen Reizstoffen, anorganischen wie organischen, besonders auch pflanzlicher wie tierischer Herkunft angeschlossen werden. Wirth beendigt seine Studie über die von Tieren und tierischen Produkten auf den Menschen übertragbaren schädlichen Stoffe. Tryb berichtet über Hautveränderungen bei Melkern, über Rotz als Berufskrankheit, Rebentisch über Milzbrandinfektion durch Beruf und Gewerbe. Dann folgen Brezina: Gewerblicher Hautmilzbrand, Morawetz: Fälle von Milzbrand in Wien in den letzten 6 Jahren, Ergänzung zu dem Referat von Tryb über Rotz, Habermann: Die in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben vorkommenden Hautschädigungen, Ravogli: Die Hautblastomykose als Gewerbekrankheit, M. Oppenheim: Pellagra und Pellagroide, Perutz:

Digitized by Google

Toxikologische Bemerkungen über die eine Dermatitis venenata erzeugenden pflanzlichen und tierischen Substanzen, Wimmer: Morphologisches über Pflanzen und Tiere, welche Hautschädigungen hervorrufen, Broers: Beruflich erworbene Hautveränderungen durch Stoffe vegetabilischen Ursprungs, Ullmann: Über Hautschädigungen durch giftige Tiere, K. Mense jun.: Hautveränderungen durch Gewerbe und Beruf in den Tropen.

Der 3. und letzte Band umschließt einige, mehr spezialistische Gruppen von Berufsschädigungen, wie die der Mund-Nasen-Schleimhäute, der Augen, der Nägel, gewisser Infektionsgruppen, sowie durch das Syphilisvirus hervorgerufene Schädigungen, endlich das beruflich erworbene Karzinom. Die vorliegenden Schlußlieferungen des 3. Bandes bringen die restlichen „gesetzlichen und anderen Bestimmungen zur Verhütung bestimmter gewerblicher Hautkrankheiten" aus der Feder von Brezina. Bayern, Preußen, Österreich, Frankreich werden berücksichtigt. Koelsch: Die gewerblichen Erkrankungen der oberflächlichen Schleimhäute und der Zähne. Hessberg: Schädigungen und Veränderungen der Augen durch Gewerbe und Beruf. Finger: Die Behandlung der beruflichen und gewerblichen Dermatitiden. Ullmann: Krebsentwicklung als Folge beruflich-gewerblicher Hautschädigungen. Ungemein umfassend und die Literatur in weitem Ausmaß heranziehend müssen Hessbergs und Ullmanns letztgenannte Studien genannt werden. Aber auch alle voraufgenannten Autoren mit Habermann an der Spitze — wir wollen sie nicht einzeln herausnehmen — haben, der eine mehr, der andere weniger: in strenger Kürze und mit präzisem Ausdruck wirklich Wertvolles mit ihrer im ganzen undankbaren Mitarbeit an einem Handbuch beigesteuert.

Der ausgezeichnete Verlag aber hat allen Mitarbeitern durch ein fast überreiches Bilderwerk die Arbeit leichter gemacht. Nicht weniger als 275 Textabbildungen und 3 mehrfarbige Tafeln (mit 12 Einzeldarstellungen) sind den Schlußbänden beigegeben.

E. Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Stimulation and Immunity in Radiotherapy (Reizwirkung und Immunität in der Strahlentherapie), von A. U. Desjardins-Rochester, Minn. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 19, S. 1537.) Verf. steht auf dem Standpunkt, daß es abwegig ist, von einer Strahlenreizwirkung im Sinne einer erhöhten normalen Zellfunktion zu sprechen. An zahlreichen Beispielen aus dem Tier- und Pflanzenreich zeigt er, daß eine anscheinende Reizwirkung immer nur ganz vorübergehend ist, stets folgt ihr eine mehr oder weniger ausgesprochene funktionelle oder organische Zellschädigung. Dem widersprechende Ansichten anderer Autoren beruhen auf zu kurzer Dauer ihrer Experimente oder falscher Deutung ihrer Studienergebnisse. Ferner wendet sich der Verf. gegen den Begriff einer durch Bestrahlung hervorgerufenen Immunität. Er weist darauf hin, daß es nicht gelingt, Mäuse oder Ratten durch Implantation bestrahlter Tumoren gegen Impfungen mit malignen Neubildungen zu immunisieren. Ferner ist es unmöglich, in irgend einem Tier oder Menschen gegen einen Spontantumor eine Immunität hervorzurufen. Die Zellveränderungen in bestrahlten malignen Neubildungen sind genau derselben Art wie die im bestrahlten normalen Gewebe, abgesehen von der verschiedenen Strahlenempfindlichkeit. Die Krebszellen, die sich in Teilung befinden, werden am stärksten betroffen, gleichzeitig werden die empfindlichen Kapillarendothelien des Tumors und seiner Umgebung weitgehend geschädigt. Gefäßobliteration, Bindegewebsneubildung und Rückbildung des Tumors sind die Folgen. Alle diese Veränderungen lassen sich zwanglos ohne Zuhilfenahme einer durch Bestrahlung erst hervorgerufenen Immunität als direkte Strahlenwirkung auffassen.

W. Curth-Berlin.

Concentrated Carbon-Arc Light. A Simple Method to Improve the Efficiency of the Finsen Treatment (Konzentriertes Kohlenbogenlicht. Eine einfache Methode, die Wirksamkeit der Finsenbehandlung zu erhöhen), von S. Lomholt-Kopenhagen. (Lancet, 1927. Bd. 212, Nr. 5392, S. 15.) Der Verf. filtert das Kohlenbogenlicht durch 91 cm Wasserschicht an Stelle der 31 cm-Wasserschicht bei der Originalfinsenlampe oder der 16 cm-Wasserschicht bei der Finsen-Reyn-Lampe. Durch diese Abfilterung des größten Teiles des roten und infraroten Spektralanteiles wird die Intensität der Lichtwirkung um

Digitized by Google

30—45% gegenüber den Originallampen gesteigert. Die Bestrahlung mit dieser neuen Lampe sind weniger schmerzhaft und haben eine größere Tiefenwirkung.

J. Callenberg-Horst-Emscher.

Angriffspunkt und Wirkungsweise der ultravioletten Strahlen, von H. Koeppe-Gießen. Verhandlg. d. Dtsch. Ges. f. Kinderhlk. Düsseldorf. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 3/6, S. 384.) Die ultravioletten Strahlen verwandeln die roten Blutkörperchen in einen mißfarbenen Brei. Der Vorgang vollzieht sich in drei Phasen, vollkommen gesetzmäßig abhängig von der Intensität der einwirkenden Strahlen unter 230 μμ Wellenlänge. Nach Schädigung des Fettbestandteils der Hülle entsteht Hämolyse. Die Zersetzung des Fettbestandteils beruht auf Oxydation unter Auftreten von Säure. Die Säure bewirkt Verklumpung der Eiweißbestandteile und Braunfärbung des Hämoglobins. Im strömenden Blut ist unmittelbar nach der Bestrahlung die Resistenz der roten Blutkörperchen vermindert, im Laufe einer Bestrahlkur wird die Resistenz größer. Bei der Strahlenhämolyse scheinen katalytische Vorgänge eine Rolle zu spielen. Unter Einwirkung der UV-Strahlen wird der gewöhnlich sehr langsam verlaufende Abbau der roten Blutkörperchen so beschleunigt, daß er innerhalb kurzer Zeit beobachtet werden kann. Gleiche Vorgänge konnten nach Bestrahlung verschiedener Ölsorten beobachtet werden.

R. Ley-Kreuznach.

Angriffspunkt und Wirkungsweise der ultravioletten Strahlen in der Nahrung und im Körper des Kindes, von H. Koeppe, Univ.-Kinderkl. Gießen. (Arch. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 79, H. 4, S. 241.) Es ergibt sich, daß eine Einwirkung der UV-Strahlen auf Öl nur nachweisbar ist, wenn die Bestrahlung bei Luftzutritt zum Öl erfolgt und daß ferner zur Oxydation außerdem noch ein Katalysator notwendig ist.

J. Callenberg-Horst-Emscher.

Action empêchante des radiations ultra-violettes sur la vaccine expérimentale (Die die experimentelle Impfung verhindernde Wirkung der ultravioletten Strahlen), von P. Carnot, L. Camus und H. Bénard. (Paris méd., 1926, Nr. 51, S. 507—508 und Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 45, Nr. 38, S. 1546.) Die ultravioletten Strahlen scheinen in der Haut einen Zustand örtlicher Immunität zu bewirken. Bei Kaninchen, die im allgemeinen für die Impfung sehr empfänglich sind, konnte durch Bestrahlung eines Teiles der geimpften Stellen die Pustelbildung verhindert werden, während sie an vor der Bestrahlung geschützten Stellen eintrat. Diese Wirkung wurde durch Bestrahlung unmittelbar nach der Impfung, aber auch noch nach 2—3 Tagen erzielt. Es findet eine Abtötung der in den obersten Hautschichten deponierten Lymphe statt, aber auch eine Veränderung der Haut selbst, so daß an vor der Impfung bestrahlten Teilen diese negativ ausfällt.

E. Levin-Berlin.

Aus der Bestrahlungstherapie der Rachitis, von E. Wieland-Basel. Verhandl. d. Dtsch. Ges. f. Kinderhlk. Düsseldorf. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 3/6, S. 237.) An einer größeren Gruppe von rachitischen Säuglingen ergab die Behandlung der Rachitis mit bestrahlter Milch den gleichen Erfolg wie die direkte Bestrahlung der Kinder. Die Bestrahlung der Trockenmilch wurde für die Dauer einer halben bis einer Stunde in 60 cm Entfernung bei 3—5 mm hoher Schicht vorgenommen. Bei beiden Methoden wurde ohne Änderung der Ernährung niemals eine Besserung der die Rachitis begleitenden Anämie beobachtet. Die immer behauptete Zugehörigkeit der Anämie zum Symptombild der Rachitis kann deshalb pathogenetisch nicht weiter aufrechterhalten werden.

R. Ley-Kreuznach.

Ultra-Violet Radiation. Some Illustrative Cases (Ultraviolettbestrahlung. Mehrere erwähnenswerte Fälle), von A. Lisle Punch und R. Wilkinson. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5389, S. 1211.) Bei gleichzeitiger Anwendung von örtlicher Bestrahlung (Kromayer-Lampe u. a.) und allgemeinen Lichtbädern (künstlicher Höhensonne) wurden bei schlecht heilenden Fisteln, bei hartnäckiger Acne pustulosa und bei Hodgkinscher Krankheit befriedigende Erfolge erzielt. Die Behandlung mußte in einigen Fällen bis zu 35 Bestrahlungssitzungen ausgedehnt werden.

A. Holländer-Bielefeld.

Beeinflussung des Säure-Basenhaushaltes durch Röntgenstrahlen, von G. v. Pannewitz, Chir. Kl. Med. Akad. Düsseldorf. (Strahlenther., 1926, Bd. 24, H. 2, S. 327.) Unmittelbar im Anschluß an die Bestrahlung findet sich eine Azidose bzw. Hypokapnie (Verminderung der Kohlensäurebindungsfähigkeit), 2—5 Stunden später eine langsam zunehmende Alkalose bzw. Hyperkapnie (Vermehrung der Kohlensäurebindungsfähigkeit), die mehrere Tage anhält. Die Größe der Reaktion ist von der bestrahlten Körperregion abhängig. Auch werden Größe und Richtung der Reaktion durch das bestrahlte Organ bestimmt. Bei Bestrahlung der Extremitäten und des weiblichen Genitale tritt so gut

Digitized by Google

wie keine Reaktion auf. Die Bestrahlung des Mediastinums ergibt schon eine durchschnittliche Schwankungsbreite von 16 Volumprozent. Bei Magenbestrahlung beträgt sie bereits 21 Volumprozent, ja die Vermehrung der Kohlensäurebindungsfähigkeit geht 10—22 Volumprozent über den Anfangswert hinaus. Die erste, azidotische Phase dürfte eine Folge der direkten Strahleneinwirkung auf das Blutserum sein (Freiwerden saurer Valenzen? Stärkere Permeabilität der Membranen für Säure?). Die zweite, alkalotische Phase wird auf eine durch Eiweißzerfall bedingte Vagusreizung zurückgeführt. In ihr entsteht der Röntgenkater. Seine kausale Bekämpfung muß daher eine Vagusdämpfung bzw. die Beseitigung des alkalotischen Zustandes anstreben (Afenilinjektionen). Bei Leberkranken besteht von vornherein eine Hypokapnie. Nach Bestrahlung der Leber tritt aber bei Gesunden wie Kranken überhaupt nur die azidotische Phase auf, die große Ausmaße, bis 26 Volumprozent, annimmt und mehrere Tage nach der Bestrahlung anhält. Diese auffälligen Vorgänge sind auf direkte Strahlenbeeinflussung des Leberstoffwechsels zurückzuführen. Sie gewinnen an Bedeutung bei einer nach der Bestrahlung eventuell notwendig werdenden Operation. Bei der ohnehin schon azidotisch wirkenden Chloroformnarkose könnte schwere Gefährdung des Patienten eintreten. In solchen Fällen wird man lokal anästhesieren oder Narzylen anwenden, das nicht azidotisch wirken soll. E Kottmaier-Mainz.

Die Verwandlung der Pirquetreaktion unter dem Einfluß verschiedener Dosen der Röntgenstrahlen, von J. G. Liebersohn und I. I. Schimanko, Inst. f. Hauttuberkulose Moskau. (Strahlenther., 1926, Bd. 24, H. 2, S. 343.) D'Arsonvalsche Ströme verstärken ausgesprochen die Tuberkulinreaktion, Ultraviolettstrahlen schwächen sie stark ab. Unter Röntgenbestrahlung (je 5—8 x, Filter: 1 mm Al.) wurde bei früheren Versuchen in 10 Fällen Abschwächung und nur in einem Falle Steigerung der Tuberkulinreaktion beobachtet. In großen Versuchsreihen konnte nun nachgewiesen werden, daß bei höheren Dosen eine deprimierende, bei kleinen Dosen ($^1/_4$, $^1/_2$ x) eine stimulierende Wirkung auf die Tuberkulinreaktion ausgeübt wird. E. Kottmaier-Mainz.

Zum Problem der fortgesetzten Kleindosis, von G. Peter-Mexiko, City. (Strahlenther., 1926, Bd. 24, H. 2, S. 382.) Der Verf. bemerkt, daß Rasse, Psychologie und Klima seine Methode der Bestrahlung mit fortgesetzten Kleindosen zwingend erfordern. Feste Richtlinien, wie sie die Kritiker G. Schwarz, Alberti und Politzer in ihren experimentellen Arbeiten einhalten konnten, lassen sich in gleicher Regelmäßigkeit nach Häufigkeit und Dauer bei dem Krankenmaterial der mexikanischen Hochebene nicht durchführen. Dem experimentell gestützten Glaubenssatz der deutschen Strahlentherapeuten: einmalige Intensivdosen sind biologisch stärker wirksam als verzettelte Dosen, stellten Schinz und Slotopolski die Resultate fremder und eigener Untersuchungen entgegen, welche zeigen, daß nicht nur eine einfache allergische Verzettelung der Wirkung bei fraktionierter Dosierung auftreten kann, sondern auch eine einfache oder allergische Kumulation, wobei der Effekt außer von dem homergen oder allergen Verhalten des bestrahlten Substrates, auch von der Größe der gewählten Teildosen und insbesondere von dem Verhältnis der Intervalle zwischen den einzelnen Teilbestrahlungen zur Dauer des Reaktionsablaufes abhängig ist. E. Kottmaier-Mainz.

Zur Ganzbestrahlung des menschlichen Körpers mit Röntgenstrahlen, von A. v. Liebenstein, Radiol. Inst. Univ.-Frauenkl. Freiburg i. Br. (Strahlenther., 1926, Bd. 24, H. 2, S. 324.) Zur Anwendung gelangten Dosen von: 2 × 30 auf die Haut in 2 × $2^1/_2$—3 Stunden, 2 × 20 auf die Haut in 2 × $1^1/_2$—2 Stunden, 2 × 10 auf die Haut in 2 × 45—60 Minuten, 2 × 5—7 auf die Haut in 2 × 20—30 Minuten. Die Katererscheinungen waren nicht stärker als bei anderen Bestrahlungen. Im Gegenteil trat bei Patienten, die mehrmals mit der Maximaldosis oder kleineren Dosen bestrahlt waren, eine gewisse Gewöhnung ein. Die Pulsfrequenz war 1—2 Schläge erhöht, ebenso die Atmungsfrequenz 1—2 pro Minute. Schädigungen wurden nie festgestellt. Die Erträglichkeit der angegebenen Maximaldosis als Raumdosis und Ganzbestrahlungsdosis scheint somit als erwiesen. Eine sichere Beeinflussung des Tumorwachstums ergab sich nicht. In einem Fall von inoperablem Ovarialtumor ist jetzt nach $2^1/_2$ Jahren noch Beschwerdefreiheit nachzuweisen. In einem anderen Fall kam es zu vorübergehendem Schrumpfen des Tumors. Später trat erneutes Wachstum auf. E. Kottmaier-Mainz.

Über die Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen, insbesondere der Gonorrhoe mit Röntgenstrahlen, von W. Baer, Frauenkl. Med. Akad. Düsseldorf. (Strahenther., 1926, Bd. 24, H. 2, S. 315.) Die Röntgentherapie entzündlicher Adnexerkrankungen kennt 3 Wege: 1. Die Röntgendauerkastration, 2. die temporäre Kastration, 3. Schwachbestrahlungen mit der sogenannten „Entzündungsdosis". Die Dauer-

Digitized by Google

kastration kommt erst etwa 2 Jahre vor der natürlichen Menopause in Frage. Tuberkulöse Adnexitiden eignen sich vor allem für die Röntgentherapie. Häufige, kleine Dosen führen zu beschleunigter Ausheilung der Tuberkel im Sinne der Vernarbung. Daneben ist auch die Allgemeinwirkung auf den Körper mit anzuschlagen. Blennorrhoische Adnexitiden werden erst bestrahlt, wenn sich keine Neigung zu Rückbildung des Prozesses zeigt. Ganz akute blennorrhoische Affektionen mit beginnender Aszension sind auszuschließen. Eine direkte Wirkung der Röntgenstrahlen ist die sofort einsetzende Milderung des Schmerzes. Bei blennorrhoischen Adnexitiden sind die hohen Dosen der temporären Kastration (26—30% der HED) der Schwachbestrahlung (8 bis 12% der HED) vorzuziehen. Jedoch ist es nicht die höhere Dosis, sondern die Ausschaltung der Ovarialfunktion, die für den guten Heilverlauf verantwortlich gemacht werden muß. E. Kottmaier-Mainz.

Variations of Cutaneous Toleration for Roentgen Rays (Variationen der Hauttoleranz für Röntgenstrahlen), von G. M. MacKee und J. J. Eller-New York. (J. Am. m. Ass.. 1926, Bd. 87, Nr. 19. S. 1533.) Sichtbare Hautreaktionen hält Verf. bei Röntgen- oder Radiumanwendung nur bei Epitheliomen für gerechtfertigt. Er empfiehlt Vermeidung aller Stoffe, die die Haut irgendwie reizen oder ein Erythem verdecken können. Auf leichteste Erytheme können später Teleangiektasien folgen. Unterschiede in der Toleranz beruhen auf Alter, Lokalisation und natürlichem Pigmentgehalt der Haut. Außerdem spielen die Ungenauigkeiten auch in der besten Technik eine Rolle. Verf. empfiehlt zur Prüfung der Toleranz vorhergehende Bestrahlung eines briefmarkengroßen Feldes an einer empfindlichen Hautstelle. W. Curth-Berlin.

Das „Mekapion", der integrierende Röntgendosiszähler mit Selbstkontrolle, von S. Strauss-Wien. (Strahlentherapie, 1926, Bd. 24, H. 2, S. 348.) Das Mekapion verdankt seinen Namen der Möglichkeit, Hochohmwiderstände (Megohmen), Kapazitäten und Ionisationen messen zu können. Der Dosiszähler besteht aus einer kleinen, zylindrischen, wellenlängenunabhängigen Fingerhut-Ionisierungskammer von etwa 2 ccm Inhalt, in starrer, bleigeschützter Verbindung mit einem bleigeschützten Gehäuse, das eine Verstärkerröhre enthält. Von diesem Gehäuse führt ein biegsames Kabel zu einem Schalttisch mit einer Zähluhr, Relais, Batterien und Signallampen. Der ganze Apparat arbeitet in der Weise, daß er die durch die Ionisierungskammer entladene Elektrizitätsmenge mißt, indem jedesmal, wenn eine bestimmte Elektrizitätsmenge entladen worden ist, eine Signallampe aufleuchtet und eine Glocke ertönt, so daß das Zeitintervall zwischen 2 Signalen bei Röntgenbestrahlung der Kammer immer einer bestimmten Dosis entspricht. Die Signale werden auf einer Zähluhr registriert. Große Vorzüge des Instrumentes sind die unabhängige Registrierung, die Selbstkontrolle und die Gefahrensignalgebung. E. Kottmaier-Mainz.

Untersuchungen über die Toleranzdosis der Haut in „Röntgen"-Einheiten, von H. Th. Schreus und L. Schoenholz, Frauenkl. u. Röntgenther. Inst. Med. Akad. Düsseldorf. (Zbl. f. Gynäkol., 1927, Nr. 2, S. 71.) Die Untersuchungen haben gezeigt, daß bei weichen Strahlen (120 K.V., 3 mm Al-Filter) deutliche Reaktionen erst bei sehr viel höheren R-Dosen auftreten als bei harten Strahlen (210 K.V., 3 mm Al-Filter). Als äquivalente R-Dosen ergaben sich bei 150 K.V. und 3 mm Al-Filter = 800 R, bei 210 K.V. und 3 mm Al-Filter = 600 R, bei 210 K.V. und 0.5 mm Cu + 1 mm Al-Filter = 800 R. Als die Toleranzdosis für die in der Tiefentherapie gebräuchliche homogen-harte, mit 0,5 mm Cu gefilterte Strahlung geben Verff. 500 R an. Auch auf Grund ihrer neuen Untersuchungen halten sie weiterhin an dem relativ niedrigen Wert für die HED fest. F. Landauer-Berlin.

Erwiderung auf die Veröffentlichung des Herrn Thaller: „Welchen Forderungen müssen Strahlenschutzröhren unbedingt genügen, damit sie nicht eine Gefahr für den Arzt und seine Hilfskräfte werden?" von K. W. Hausser, A. Bardehle und G. Heisen, Phys. Labor. d. Wernerwerkes d. Siemens & Halske A.-G. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1926, Bd. 35, H. 3, S. 647—650.) Polemik gegen die in Fortschr. d. Röntgenstr., 1926, Bd. 35, H. 1 (Ref. diese W., 1927, Bd. 84, S. 42) erschienene Arbeit. E. Levin-Berlin.

Die Verstärkung der Röntgenwirkung mittels intravenöser Dextroseinjektion bei Karzinombestrahlung nach E. G. Mayer, von G. Holzknecht-Wien. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 1, S. 28.) Die sensibilisierende Wirkung der Dextroseinjektionen nach Mayer zeigt sich einmal darin, daß sich Karzinomfälle nach Dextrosesensibilisierung auf Röntgenstrahlen ansprechen, die sonst unbeeinflußt blieben, anderseits darin,

Digitized by Google

daß eine kurze Latenzzeit und rasche Verlaufsgeschwindigkeit der Röntgenwirkung eintritt. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Zur Klinik und Pathogenese der Haut-Röntgenschäden, von J. Lewin-Kasanski (Medicinski J., 1927, Nr. 1.) Ein willkommenes Übersichtsreferat, an der Hand einer Reihe eigener Beobachtungen über Röntgen-Hautschäden nach Magenbestrahlung mit der Coolidge-Röhre. A. Jordan-Moskau.

Über Röntgenschädigungen nach diagnostischer Anwendung von Röntgenstrahlen, von M. Schubert, Derm. Univ.-Kl. Marburg. (Kl. W., 1926, Nr. 49, S. 2302.) Am häufigsten kommt es zu Schädigungen im Anschluß an Magen- und Darmuntersuchungen, die eine längere Expositionszeit, bzw. eine häufigere Wiederholung der Durchleuchtung und Aufnahme bedingen. Zum Teil ist die Schuld in zu alten Apparaturen zu suchen, denen moderne Sicherheitsvorrichtungen fehlen. Wichtiger sind aber Fehler im Betriebe, so Überexposition infolge zu großer Intensitäten, zu lange Expositionszeit und zu häufige Wiederholung und Änderung von Fokushautabstand. Die Überempfindlichkeit gewisser Individuen gegen Röntgenstrahlen spielt wohl nur eine untergeordnete Rolle; doch muß man vorsichtig bei Patienten sein, bei denen der Röntgenuntersuchung eine Höhensonnenbehandlung, eine Salvarsan- oder Jodbehandlung vorausgegangen ist, oder die z. B. an Basedow leiden. E. Langer-Berlin.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Purpura hémorragique grave à répétition. Splénectomie. Guérison (Rezidivierende schwere Purpura haemorrhagica. Splenektomie: Heilung), von J. Lafourcade-Bayonne. (Bull. de l'Acad. de Méd., Bd. 96, Nr. 43, S. 570—576.) Wiederholte schwere Anfälle von Hautblutungen und Nasenbluten bei einem 9jähr. Mädchen, die jeder Behandlung trotzten, schwanden nach Splenektomie. E. Levin-Berlin.

Recherches sur l'oedème local provoqué. Action expérimentale de l'adrénaline et du nitrite d'amyle (Untersuchungen über das lokal provozierte Ödem. Experimentelle Wirkung des Adrenalins und des Amylnitrits), von E. Schulmann und J. Marek. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 37, S. 1474.) Verff. injizierten auf der äußeren Ohrfläche eines Kaninchens intradermal 0,7 ccm einer 0,8%igen NaCl-Lösung. Diese Stelle ist beim Kaninchen besonders geeignet zur Beobachtung der entstehenden Quaddel, die gewöhnlich nach 7 Minuten ihr Maximum erreicht hat. Es wird nun in eine Vene des anderen Ohres 0,05 mg einer Adrenalinlösung (1 : 1000) injiziert. Die maximale Quaddelbildung tritt jetzt erst nach 11 Minuten ein. Eine subkutane Adrenalininjektion zeigt nicht ein gleich starkes Ergebnis. Im Gegensatz hierzu erreicht das Ödem bei Kaninchen, die ein paar Tropfen Amylnitrit einatmen, schon nach 2 Minuten den Höhepunkt und geht sofort wieder zurück. Diese Experimente stellen einen Beweis für die Wirkung der Vasokonstriktoren und Vasodilatatoren auf die Ödembildung dar. H. Colman-Berlin.

Über Frostbeulen, Schnupfen und Stickhusten, von W. Steimann-Dortmund. (M. m. W., 1926, Nr. 50. S. 2121.) Gegen Frostbeulen wird Vereisung mit dem Chloräthylspray als rasch juckliudernd und schnell zur Heilung führend (meist eine einzige Vereisung ausreichend) empfohlen. M. Cohn-Dresden.

Urtikaria und Exantheme

Erythema Nodosum in Members of a Family (Erythema nodosum bei mehreren Mitgliedern derselben Familie), von D. G. Robinson. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3439, S. 1049.) Innerhalb von 10 Tagen beobachtete R. bei 3 Hausgenossen, einem 12jähr. Mädchen, dessen 53jähr. Großmutter und einem 34jähr. Manne, das Auftreten einer fieberhaften Erkrankung mit einem purpura-urtikariaartigen Ausschlag an den Beinen, Schmerzhaftigkeit daselbst und anginösen Beschwerden. Die Diagnose Erythema nodosum wird als unanfechtbar bezeichnet. Bei Bettruhe Genesung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes

Zur Histopathologie des Herpes simplex, von E. Lauda und Ph. Rezek, II. Med. Univ.-Kl. Wien. (Virch. Arch., 1926, Bd. 262, Nr. 3, S. 827.) Histologische Untersuchung verschiedener Effloreszenzen eines Falles von Herpes simplex faciei. Auf Grund ihrer Befunde kommen Verff. zu dem Ergebnis, daß Herpes simplex und Zoster

Digitized by Google

gleichen histologischen Aufbau zeigen. Im vorliegenden Fall waren die entzündlichen Veränderungen der Umgebung sehr deutlich, ebenso wie bei den von E. Hoffmann und Friboes beim Zoster beschriebenen Bildern (Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 443); es ergaben sich als Anhaltspunkte für die Anschauung, daß die Epithelveränderungen vielleicht sekundär bedingt sind, das Primäre dagegen die entzündlichen Veränderungen im Korium darstellen. Die ausführliche histologische Beschreibung der Serienschnitte muß im Original gelesen werden. A. Holländer-Bielefeld.

Zum Herpesproblem, von G. Sobernheim-Bern. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 2, S. 27—32.) Bei der Herpesfrage sind von Bedeutung die experimentelle Herpesproduktion, das Verhalten des Herpes zur Enzephalitis und die Erregerfrage, die alle miteinander in Zusammenhang stehen. Die schon früher berichteten Versuche der Herpesprovokation durch, besonders intravenöse, Injektion von bakteriellen Impfstoffen wurden weiter fortgesetzt, indem hauptsächlich an blennorrhoischen Affektionen leidenden Personen Meningokokken und Kolibakterien subkutan, intramuskulär und besonders intravenös eingespritzt wurden. Die Erfolge waren sehr schwankender Natur, unter 35 Fällen nur 4 mit positiven Befunden, und zwar ausschließlich bei Frauen, in denen auch das Kaninchenexperiment positive Resultate ergab; in 2 dieser Fälle konnte allerdings ein menstrueller Herpes nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Außerdem fanden sich noch in einigen anderen Fällen Hauterscheinungen unklaren Charakters, in denen der Tierversuch durchweg negativ ausfiel. Von der Annahme eines speziellen Herpesvirus ausgehend, kann der provozierte Herpes nur so erklärt werden, daß der belebte Herpeserreger bereits in dem Organismus der mit Herpes reagierenden Personen vorhanden ist und erst durch den provokatorischen Eingriff der Antigeneinverleibung wirksam wird oder aber, daß das Herpesvirus durch den zum Herpes führenden Anlaß neu geschaffen wird. Es würde in letzterem Falle ein lebloser Stoff, der auf beliebige Weise zur Entstehung gebracht werden kann und unbegrenzt vermehrbar ist als Herpesursache anzusprechen sein; dabei drängt sich die Analogie mit dem Bakteriophagen auf. Diese zunächst hypothetische Ursache bei einer Krankheit wie dem Herpes, dessen infektiöser Charakter sicher ist, im Gegensatz zu allen übrigen infektiösen Prozessen anzunehmen, macht aber große Schwierigkeiten, ebenso wie bei der nahen Verwandtschaft zwischen Herpes- und Vakzinevirus die Annahme eines unbelebten Herpeserregers neben einem doch sicher belebten Vakzinevirus kaum tragbar erscheint. Die Annahme einer Provokation eines normalerweise bei den positiv mit Herpes reagierenden Menschen vorhandenen Virus kann, auch wenn dies für den allergrößten Teil der Menschen zutreffen müßte, nicht als abwegig erscheinen, da Analoges schon lange für andere Keime (Strepto-, Staphylokokken, Kolibakterien) bekannt, neuerdings auch für den hämolytischen Scharlachstreptokokkus angenommen wird. Der Nachweis des Herpesvirus ist im Speichel Gesunder gelungen. In einer latenten Herpesvirusträgerschaft muß auch die Erklärung für die in neuerer Zeit mehrfach beobachteten Fälle von Enzephalitis nach Pockenschutzimpfung gesucht werden; das Enzephalitisvirus ist von dem Herpesvirus nicht zu unterscheiden und es zeigt sich darin ein Analogon zu der bei experimentellen Tierimpfungen zu beobachtenden neurotropen Eigenschaft des Herpesvirus. Daß bei der spontanen Herpeserkrankung des Menschen im Gegensatz zu den Erfahrungen bei experimentell geimpften Tieren keine Immunisierung, eher eine erhöhte Disposition eintritt, steht in Übereinstimmung mit auch bei anderen Infektionen zu beobachtenden Tatsachen. Eine völlige Klärung der verwickelten Verhältnisse wird erst durch morphologischen oder kulturellen Nachweis eines bestimmten Erregers gelingen. E. Levin-Berlin.

Weitere Versuche über Immunitätsbeziehungen zwischen Herpes und Pocken, von E. Gildemeister und K. Herzberg. (D. m. W., 1927, Nr. 4, S. 138.) Nicht nur der herpesimmune Meerschweinchenmetatarsus kann gegen Pocken partiell immun sein, sondern auch der pockenimmune Metatarsus gegen Herpes. Die Immunität ist streng spezifisch. Meerschweinchen mit voller Immunität gegen Maul- und Klauenseuche besitzen keine Immunität gegen Herpes. F. Harry-Wiesbaden.

Die Beziehungen zwischen Zoster und Varizellen, von B. Lipschütz. (Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 21, H. 11/12, S. 673.)

Contribution de la méthode expérimentale à l'étude de l'herpès (Ein Beitrag aus der Experimentalforschung zur Kenntnis des Herpes), von J. Salmon. Thèse de Strasbourg. (Presse méd., 1926, Nr. 95, S. 1498.) Als Ergebnis experimenteller Untersuchungen faßt Verf. den Herpes nicht als ein bloßes Syndrom oder eine symptomatische Äußerung auf, sondern als eine Allgemeinerkrankung, für welche er ein fil-

Digitized by Google

trierbares spezielles Virus ätiologisch verantwortlich macht: Beziehungen des Herpes zu anderen Krankheiten, wie Encephalitis lethargica, Febris aphthosa, Varizellen und Ekzem, bei denen auch ein filtrierbares Virus als ätiologisches Moment anzunehmen ist.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes Zoster with Unusual Prodromal Symptoms (Zoster mit ungewöhnlichen Prodromalerscheinungen), von S. Weiss-New York. (Med. J. and Record, 1926. Bd. 124, Nr. 12, S. 761—762.) Der Zostereruption waren 3 Monate lang Schmerzanfälle vorausgegangen, bei denen die Diagnose zwischen Interkostalneuralgie, Nierensteinen, Hypochondrie schwankte. Der Harnbefund sprach für eine Nierenaffektion; er ließ im Verein mit den ungewöhnlichen Prodromalerscheinungen des Zoster an eine gichtige oder harnsaure Diathese denken. Entsprechende Diät klärte den Harn und führte zum Schwinden des Zoster.
E. Levin-Berlin.

Tierexperimentelle und histologische Untersuchungen über das Aphthoid-Pospischill, von F. Feyrter-Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 2, S. 58.) Bei der experimentellen Aphthoid-Konjunktivitis fand sich keine Immunität gegen eine spätere Infektion der Konjunktiva mit Herpesvirus. Bei weiteren Versuchen (an 22 Kaninchen und 2 Meerschweinchen) wurde eine Keratokonjunktivitis erzeugt, die klinisch und histologisch der herpetischen Impfkeratitis gleicht und unbegrenzt in der Passage übertragbar ist. Ferner entwickelt sich bei Impfung der Konjunktiva auf der Hornhaut eine milde, aber klinisch und histologisch der herpetischen gleiche Keratitis; ähnliche Erscheinungen auch auf der Mundschleimhaut. Das Virus des P.schen Aphthoides und das Virus eines vom Verf. untersuchten Falles von Stomatitis aphth. zeigten tierexperimentell in der Reaktion eines Kaninchens eine weitgehende Ähnlichkeit; es ist auch dem Verf. durchaus fraglich, ob seine Ergebnisse eine sichere Abgrenzung des Virus des P.schen Aphthoides gegen das Virus des Herpes simplex bedeutet.
M. Cohn-Dresden.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Nouvelle méthode de stérilisation et de cicatrisation des plaies par électrolyse diffuse d'un sérum physiologique (Neue Methode zur Sterilisierung und Vernarbung von Wunden durch diffuse Elektrolyse eines physiologischen Serums), von Chevrier. (Bull. de l'Acad. de Méd., Bd. 96, Nr. 42, S. 488—490.) Die zu behandelnden Teile werden in ein Bad mit Ringer-Lockescher Lösung gesetzt und bei einer konstant zu erhaltenden Temperatur von 37° bei 120 Volt und 10 Ampère die Elektrolyse vorgenommen. Die Flüssigkeit bleibt isotonisch und erhält eine starke bakterizide Fähigkeit.
E. Levin-Berlin.

Ekzem, Rosazea

Über Ekzem und ekzemartige Erkrankungen im Säuglings- und Kindesalter, von C. Leiner. (Sonderbeil. W. kl. W, 1927, H. 1.) Fortbildungsvortrag. Eine völlige Desensibilisierung durch Verabreichung einer Kost, bestehend aus Mandelmilch mit Zusatz von Mehl und Zucker, Wasserzwieback, mit Wasser oder Mandelmilch gekocht, Gemüse, mit vegetabilem Fett nach Lahmann zubereitet und Kompott, wurde in der Behandlung des Ekzems ohne Erfolg angewendet. Auch die Kalkpräparate haben die auf sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt, ebensowenig Atropin und Amylnitrit. Die Lokaltherapie spielt immer noch die Hauptrolle. Erwähnenswert ist das bei Kopfekzemen zur Epilation angewendete Thallium acetic. 8 mg pro Kilo Körpergewicht, bei dessen Anwendung nach etwa 14 Tagen Haarausfall und raschere Heilung eintritt. Neurodermitis wurde mit 3—4 Röntgenbestrahlungen an aufeinanderfolgenden Tagen gebessert. Bei Säuglingen leider oft Rezidive. Ebensowenig hilft Höhensonne.
M. Cohn-Dresden.

Zur intestinalen Genese und Therapie der Acne rosacea, von P. Ruhnke. Marienkrkh. Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 3, S. 113.) Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Akne mit Gelonida Aluminii subacetici (Goedecke), nachdem alle erdenklichen Mittel versagt hatten.
F. Harry-Wiesbaden.

Bullöse Dermatosen

Zur Frage der Ätiologie des Pemphigus vulgaris, von Felke und H. Nagell. Univ.-Hautkl. Rostock. (M. m. W., 1926, Nr. 49, S. 2067.) Mitteilung zweier Krankengeschichten. In beiden Fällen wurden aus dem Blute, in einem Falle auch aus dem Inhalt der Blasen grampositive Diplokokken gezüchtet, die als identisch mit dem von

Digitized by Google

Eberson beschriebenen Bacterium pemphigi angesehen werden. Weder an der normalen Haut der Kranken noch bei anderen blasenbildenden Krankheiten wurden diese Bakterien gefunden. Der Tierversuch verlief ergebnislos (auch beim Schwein, das im Gegensatz zu anderen Versuchstieren noch am ehesten zu Blasenbildung neigt).

D. E. Tangl-Eger.

Künstliche Malariainfektion bei Dermatitis herpetiformis, von W. Cordes-Banes, Cuba. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, Bd. 30, H. 12, S. 713.) Ein 4 jähr. Mulattenknabe mit Duhringscher Krankheit wurde versuchsweise mit Malaria infiziert. Der Versuch verlief völlig negativ. Wenn auch gelegentliche Besserungen dieses Hautleidens nach spontaner Malaria beobachtet sein sollen, so ist von einer künstlichen Infektion nichts zu erwarten. F. Jacobsohn-Berlin.

Über eine kleine Endemie von Pemphigus neonatorum gravis, von E. Stern, Derm. Kl. Bern. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 2, S. 36—37.) In einem kleinen Städtchen erkrankten 6 Kinder, deren Mütter von derselben Hebamme entbunden worden waren. Diese selbst will mit sonstigen kranken Personen nicht in Berührung gekommen sein, doch scheinen in dem Orte mehrfache Fälle von Impetigo staphylogenes vorgekommen zu sein. Die Erkrankung begann regelmäßig zwischen dem 10.—15. Tage nach der Geburt; die erst erkrankten Kinder überstanden die Krankheit, die nächsten starben, und zwar indem die Krankheit den Charakter der Ritterschen Dermatose annahm, die letzten zeigten nur einen abortiven Charakter der Krankheit. Es fand also ein Ansteigen, ein Kulminationspunkt und ein Absinken der Virulenz statt. Die Krankheit richtet sich weniger nach der primären Virulenz der Erreger als nach dem Alter der Befallenen: bei Säuglingen Pemphigus neonatorum gravis bzw. Rittersche Dermatose, bei kleinen Kindern Pemphigus infantum benignus, bei größeren und bei Erwachsenen Impetigo contagiosa staphylogenes.

E. Levin-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Ein weiterer Beitrag zur Behandlung pyogener Prozesse im Gesicht mit Eigenblut, von R. Hinze, Chir. Abt. Allg. Krkhs. Rzeszow, Kleinpolen. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 4, S. 200.) Ein sehr großer Gesichtskarbunkel wurde zweimal nach Läwen umspritzt; das erste Mal wurden 80 ccm Blut genommen, nach 2 Tagen zweite Umspritzung mit 120 ccm Blut. Danach kam der Prozeß unter gleichzeitiger Besserung des Allgemeinbefindens zum Stillstand. Heilung. F. Landauer-Berlin.

Meine Erfahrungen mit Ilon-Abszeßsalbe, von A. Ziegelmeyer-Langenbrücken. (M. Kl., 1927, Nr. 4, S. 140.) Die Salbe (bestehend aus Ol. olivar., Sebum ovile, Kolophonium, Cera flava, kanadischer Terpentin-Harz-Komposition, sauerstoffhaltig, Acid. carbolic., Koniferensprossen-Fluid-Extrakt) wirkt schnell schmerzlindernd; es erfolgt Zusammenziehung des eitrigen Herdes, schnelle Erweichung und Auflockerung. Anwendung bei Furunkeln, Karbunkeln, Panaritien, Phlegmonen, Blutvergiftungen, Unterschenkelgeschwüren, Brustdrüsenentzündungen, die restlos ohne operativen Eingriff zur Heilung gebracht werden konnten. E. Levin-Berlin.

Über Furunkelmetastasen, von H. Kauffmann, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (Bruns' Beitr., 1926, Bd. 138, H. 2, S. 276.) Verf. berichtet aus seinen Erfahrungen und den Berichten der bisher beschriebenen Literatur über die Metastasen nach Furunkeln, die durch Übergreifen des infektiösen Prozesses auf benachbarte Venen und durch Verschleppung der Staphylokokken unberechenbare Folgen von einfachster Art bis zum Exitus nach sich ziehen können. Damit die Staphylokokken ihre verheerende Wirkung an anderen Stellen ausüben können, muß ein Locus minoris resistentiae durch Trauma oder Hämorrhagie vorhanden sein. So läßt sich die häufig auftretende Osteomyelitis erklären. Ebenso entstehen nephritische Erkrankungen durch kapilläre Blutungen. Die bei dem Furunkel angewandte Therapie hat auf die Entstehung von Metastasen keinen Einfluß. Die Prognose ist sehr verschieden. Sie richtet sich neben Alter und Allgemeinbefinden im wesentlichen nach der Lokalisation der metastatischen Herde.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Erysipel, Phlegmone usw.

Streptococcus Erysipelatis Toxin and Antitoxin (Toxin und Antitoxin der Erysipelstreptokokken), von H. A. Singer und B. Kaplan-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 26, S. 2141.) Mit Rekonvaleszentenserum Erysipelkranker ist das Auslöschphänomen innerhalb des Erysipelausschlags nicht deutlich zu erhalten; trotzdem ist ein günstiger Einfluß auf die Ausbreitung der Erkrankung an der Einspritzungsstelle er-

Digitized by Google

kennbar. Bei künstlicher Immunisierung gegen Erysipel war mit dem antitoxischen Serum in 50% das Auslöschphänomen zu erhalten. Eine prophylaktische Impfung gegen Erysipel ist ebensogut durch aktive Immunisierung mittels toxischem Erysipelstreptokokkenfiltrat wie durch passive Immunisierung mit Serum vorbehandelter Tiere möglich.
F. Rosenthal-Berlin.

Ein Staphylokokkenerysipel, von F. Lülsdorf, II. Chir. Abt. Allg. Krkhs. Hamburg-Barmbeck. (M. m. W., 1926, Nr. 52, S. 2211.) Typisch dafür ist der eigenartige bläuliche Ton der Haut, der sich später in eine dunkelbraune Farbe verwandelt; dunkle perlschnurartige Stränge in den erkrankten Bezirken und daneben eventuell kleine Bläschen; im Anfang der niedrige, oft relativ volle Puls; die Euphorie mancher Kranken; als Endstadium die miliare Phlegmone; schließlich die echte Staphylokokkensepsis. Dauer der Erkrankung kürzestens 5, längstens 24 Tage, im Durchschnitt 13 Tage. Prognose infaust, Therapie chirurgisch.
H. Lippert-Köln.

Tropische Krankheiten

Des nodosités juxta-articulaires; leurs répartition en Afrique équatoriale (Knotenbildung neben den Gelenken und ihre Verbreitung im äquatorialen Afrika), von P. Margeridon. (Presse méd., 1926, Nr. 100, S. 1579.) Während einer Automobilreise von Kairo zum Kap fielen Verf. 6 Fälle von juxta-artikulären Knoten auf. Es handelte sich um unempfindliche, haselnuß- bis apfelgroße Knoten; das Krankheitsbild ist eingehend von Jeanselme beschrieben worden und findet sich nicht nur in Zentralafrika, sondern auch in Neu-Kaledonien, dem Hawai-Archipel, Madagaskar, Brasilien und den Philippinen. Es ist durch Spirochäten bedingt und entweder auf Syphilis oder Framboësie zurückzuführen, findet sich zumeist in den Gegenden, wo Framboësie heimisch ist.
F. Rosenthal-Berlin.

Contribution à l'étude de la structure des nodosités juxta-articulaires (Beitrag zum Studium der juxta-artikulären Knötchen), von E. Jeanselme und O. Eliascheff. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 2, S. 25—27.) Die rundlichen, einzeln oder gehäuft stehenden subkutanen Knötchen in der Nähe der Gelenke wurden hauptsächlich in Asien, dann auch in Afrika, Amerika und Australien beobachtet und infolge der günstigen Einwirkung des Salvarsans als auf Syphilis beruhend angesehen. Da jedoch in den tropischen Ländern, in denen die Knötchen besonders vorkommen, auch Framboësie endemisch herrscht, konnte der Einfluß dieser nicht ausgeschlossen werden; Beobachtungen an Angehörigen der weißen Rasse, die niemals in Framboësieländern gelebt haben, erwiesen die Syphilisätiologie einwandfrei, ohne daß damit der eventuelle Einfluß der Framboësie in tropischen Ländern ausgeschlossen wird. Histologische Untersuchung eines Knötchens ergab ein Netzwerk von Bindegewebszügen mit nekrotischem Zentrum, das in der Subkutis einen totalen Schwund des Fettgewebes bewirkte. In der Achse der Bindegewebsbalken finden sich weder Gefäße noch Nerven, es finden sich auch keine infektiösen Knötchen, deren Überrest sie sein könnten. Keine Endarteriitis, keine Thrombophlebitis, wie sonst in der Peripherie aller tertiären Syphilome. Bei Lebzeiten sind die Gewebe vielleicht von kristallinischen oder amorphen Massen erfüllt. Die Befunde unterscheiden sich von anderen bisher veröffentlichten, was wohl auf ein verschiedenes Alter der untersuchten Stücke zurückzuführen ist.
E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Orientbeule in der Provinz Neapel. Klinischer und histopathologischer Beitrag (Un caso di bottone di oriente in Provincia di Napoli. Contributo clinico ed istopatologico), von A. Versari, Derm. Univ.-Kl. Neapel. (Rivista quindicinale d'igiene med. e chir. dell infanzia, 1926, Bd. 34, H. 18.) 17jähr. Neapolitanerin. die November 1924 aufgenommen wurde. Sie hatte sich nahe dem Knöchel des rechten Mittelfingers im Oktober verletzt, und die Wunde heilte trotz verschiedenartigster Behandlung nicht. Bei der Aufnahme fand sich an genannter Stelle ein Knoten von 1 cm Durchmesser, gelblich-rot. Über der Mitte eine schmutzig-braune Kruste, die eine kraterförmige Ulzeration bedeckte, aus der sich rot-gelbes Sekret entleerte. Das Infiltrat ist weich, schwammig, wenig empfindlich. Kleine epitrochleare Drüsen. Kein Fieber, WR —. Blutbild: Eosinophilie, Verschiebung nach links. Urin o. B. Genaue histologische Untersuchung (3 Mikrophotogramme), die große perivaskuläre Infiltrate mit reichlich Plasmazellen und Epitheloiden, mit Leukozyten, Lymphozyten, Mononukleären und Fibroblasten aufweist. In der nächsten Nähe der Gefäße reichliche Klasmatozyten, die mit der Unna-Pappenheim-Färbung gut zu sehen sind. Letztere finden sich nur bei der Orientbeule. Auch in dem Infiltrat selbst findet sich eine Lymphozytose und Eosinophilie (14%).
H. Colman-Berlin.

Digitized by Google

A Congenital Case of Kala-Azar (Fall von angeborener Kala-Azar-Krankheit), von G. C. Low und W. E. Cooke. (Lancet, 1926, Bd. 211, Nr. 5389, S. 1209.) 33jähr. Frau, lebt seit 1916 in Indien, erkrankte März 1925 an Kala-Azar. Sie wird mit Stibamin (0,4 g insgesamt) behandelt. Juni Rückkehr nach England, 12. September 1925 Geburt eines Kindes. Das Kind wird möglichst von der Mutter ferngehalten, auch nicht mit Muttermilch genährt. In den ersten 14 Tagen gutes Befinden. Später Krämpfe und öfter Diarrhoe. In der Folgezeit entwickelt sich das Kind nur mäßig, es sind aber keine Anzeichen für Kala-Azar festzustellen. — September 1926 erneute Untersuchung; Milz stark vergrößert, bis unterhalb des Nabels, hohes Fieber, Anämie. Blutbild: 1600000 rote, 2600 weiße Blutkörperchen, 30% Hämoglobin, Poikilozytose und kernhaltige rote Blutkörperchen. Trotzdem sich das Kind in sehr heruntergekommenem Zustand befindet, intramuskuläre Injektionen von Stibosan (Heyden, Nr. „471"), beginnend mit 0,025 g und steigend bis 0,075 g, alle 3 Tage; Gesamtdosis 1,59 g. Temperatur fiel zur Norm ab, Gewichtszunahme, Blutbefund gebessert. (Näheres wird nicht angegeben. Ref.) Für diesen Fall wird eine kongenitale Genese angenommen. Makroskopisch zeigte die Plazenta keine Veränderungen, eine mikroskopische Untersuchung unterblieb leider. Die Möglichkeit einer direkten Infektion des Kindes durch die Mutter kann nicht bestimmt ausgeschlossen werden. A. Holländer-Bielefeld.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Acanthosis nigricans: Juvenile Type, von L. M. Wieder, Ann. Arbor. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 24, S. 1964.) Fall eines jungen Mädchens. Gutartiger sogenannter juveniler Typ, der keine Beziehung zur Tumorbildung aufweist und ohne besondere Allgemeinstörungen wenig progredient ist. Die Veränderungen sind in diesem Falle ziemlich diffus, mit besonderer Bevorzugung einzelner Regionen, und sind in der Hauptsache gekennzeichnet durch Hyperpigmentation und papilläre Hypertrophie, die der an und für sich weich anzufühlenden Haut ein rauhes, unebenes Aussehen gibt. Die histologische Untersuchung ergibt Hyperkeratose und Akanthose verschiedenen Grades, Vermehrung der Pigmentzellen, Ödem und kleinzellige Infiltration des Koriums. Ätiologisch wird eine Funktionsstörung des Sympathikus angenommen, die sich in diesem Falle durch eine Unterfunktion der Nebennieren (Hyperpigmentation, herabgesetzte Ansprechbarkeit auf Adrenalininjektion, Erhöhung der Zuckertoleranz, Herabsetzung des Grundumsatzes) kenntlich machte. Daneben bestand Cessatio mensium. Röntgen- und Organotherapie blieben ohne Erfolg. B. Peiser-Berlin.

Akromikrie oder Dystrophia osteo-genitalis, von Th. Brugsch, II. Med. Univ.-Kl. Charité Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 3, S. 81/82.) Im Verlaufe von 10 Jahren hatte sich bei der 23jährigen Patientin eine an verschiedenen Stellen lokalisierte Tuberkulose entwickelt. Innerhalb der letzten 3 Jahre Ausbildung eines Symptomenkomplexes mit Weichteil-Knochenveränderungen an Händen und Füßen (Knochenabbau und Knochenumbau) mit Akrozyanose, Amenorrhoe, Diabetes. Diese Erscheinungen werden als auf gemeinsamer Ursache beruhend durch eine durch tuberkulöse Veränderungen bedingte Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens zu erklären versucht. Der als Akromikrie oder Dystrophia osteo-genitalis bezeichnete Komplex ist der Gegensatz zur Akromegalie, während dieser Gegensatz nicht, wie bisher angenommen, durch die Dystrophia adiposo-genitalis gebildet wird. E. Levin-Berlin.

Dystrophies et dyschromies des formations épidermiques au cours du syndrome de Basedow (Dystrophien und Dyschromien der epidermalen Bildungen bei der Basedowschen Krankheit), von J. Peynet. Thèse de Paris 1926. (Presse méd., 1926, Nr. 97, S. 1530.) Beim Basedow sind sowohl abnorme Pigmentansammlungen an der Haut als auch Pigmentverluste nichts Ungewöhnliches. Letztere erscheinen teils als Vitiligo, teils als einfache Hypochromie. Auch das Haarsystem zeigt oft Dystrophien: partiellen oder mehr oder weniger totalen Ausfall der Haargebilde aller Art und mehr oder weniger ausgedehnte Pigmentverluste. Erfolgreiche Behandlung des Grundleidens beseitigt häufig zugleich diese Sekundärerscheinungen. Bei Hühnern hat man wiederholt experimentell ein analoges Verhalten beobachtet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Hirsutismus und Virilismus suprarenalis, von H. Strauß-Berlin. (D. m.W., 1926, Nr. 51, S. 2157.) Die Nebennierenrinde produziert wahrscheinlich bei der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale ein die Reifung oder das Wachstum förderndes Hormon. Die Frage der Beziehungen von Nebennierenrinde zu den Mani-

Digitized by Google

festationen der sekundären heterosexuellen Geschlechtscharaktere ist nicht geklärt. Entweder kommt eine heterosexuelle Abstimmung des Wachstumshormons der Nebennierenrinde oder des Erfolgsorgans selbst in Betracht. Nach operativer Entfernung des Tumors kamen, wie die Literatur ergibt, die Patienten meist bald ad exitum, während Röntgenbehandlung bessere Resultate hatte. In dem vom Verf. beobachteten Fall mußte operiert werden, da der Tumor in die Vena cava hineingewachsen war. F. Harry-Wiesbaden.

Über Menotoxine und ihre schädlichen Wirkungen auf den weiblichen Organismus, von B. Aschner-Wien. (Zbl. f. inn. Med., 1927, Nr. 3, S. 58.) Die menstruelle Blutung ist nicht nur als eine nebensächliche Begleiterscheinung der menstruellen Schleimhautabstoßung zu betrachten, sondern sie ist ein wichtiger exkretorischer, stoffwechselregulierender Vorgang („monatliche Reinigung"). Während man bei gesunden Frauen von dem Vorhandensein dieser „Menotoxine" wenig merkt, kann es bei konstitutionell labileren Personen zu einer ausgesprochenen Menstruationstoxikose kommen. Am deutlichsten zeigen sich die schädlichen Wirkungen der Menotoxine dort, wo die menstruelle Blutausscheidung zu selten oder zu spärlich erfolgt. Als Folge einer derartigen menstruellen „Retentionstoxikose" kennen wir einmal die menstruell bedingten Dermatosen (Akne, Furunkulose, Herpes, Pruritus, Urtikaria usw.). Wir sehen weiter Augenkrankheiten, psychische Störungen, rheumatisch-arthritisch-neuralgische Erkrankungen, Migräne, Katarrhe, Blutungen, Exsudationen der Atmungsorgane, Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Leber und Gallenblase usw. Die Menotoxine können eben an allen Organen vasomotorische und nervöse Reizerscheinungen machen. Hierher gehört auch die Fettsucht und die Plethora bei Fällen von Oligo- und Amenorrhoe. Die Therapie wird neben Verordnung von Emmenagoga zurückzugreifen haben auf die alten stoffwechselverbessernden und entgiftenden Heilmethoden: Aderlaß, Schwitzen, Abführen, Diuretika und dergleichen. F. Landauer-Berlin.

Haut und Stoffwechsel

Essentielle Hypercholesterinämie mit Xanthomatose der Haut und familiärer Cholelithiasis, von A. Panzel, Med. Univ.-Kl. Marburg. (M. m. W., 1926, Nr. 50, S. 2119.) 31jähr. Patientin, deren Mutter und 3 lebende Schwestern leiden an Gallenblasenkoliken. Bei der Patientin mit 16 Jahren erster Anfall; seitdem andauernd heftige Koliken; 1915 achttägige intensive Gelbsucht. Kurz danach am inneren unteren Augenhöhlenrand beiderseits und am Knie xanthomatöse Knötchenbildung; 1923 post partum Vergrößerung derselben. Februar 1926 Cholezystektomie. Zahlreiche Konkremente in der Gallenblase; auf der Leber mehrere gelbgraue linsengroße Knötchen. Cholesterinspiegel im Blutserum 0.7—0.812%; nach Verabreichung von Cholesterin etwa 0,6%. Die exstirpierte Gallenblase enthält zahlreiche graugrünliche, teils zerbröckelte harte Steine bis über Erbsengröße. Ein neben der rechten Kniescheibe ausgeschnittener Hautknoten besteht vorwiegend aus Fettstoffablagerungen, im zerfallenen Zentrum Cholesterinkristalle. Auch ein Stückchen exstirpiertes Netzgewebe enthält in einem Knoten Cholesterin. Cholesteringehalt der Gallensteine 96%. Es lag also eine Cholesterindiathese vor, als deren Äußerung die lokale Cholesterinablagerung in der Haut zu betrachten ist. M. Cohn-Dresden.

The Determination of Uric Acid in Blood (Die Bestimmung der Harnsäure im Blut), von H. Brown. (J. of Biol. Chemistry, 1926, Bd. 68, Nr. 1). I. Reagentien: 1. Standardlösung von Lithiumurat. (100 mg Harnsäure in 15 ccm 0,4%iger Lithiumkarbonatlösung gelöst, mit 500 ccm Na_2SO_3 und Aq. dest. auf 1000 aufgefüllt). 2. Vergleichslösung: Aus 1 zum Versuch hergestellt: 1 wird unter Zusatz von 1 ccm Formalin und 10 ccm 2/3n H_2SO_4 so mit Wasser verdünnt, daß 5 ccm Vergleichslösung 0.025 mg Harnsäure enthalten. 3. Reagens nach Folin-Wu (100 g Natriumwolframat mit 80 ccm 85%iger Phosphorsäure und 750 ccm Wasser 3 Std. gekocht, Auffüllen auf 1000 ccm). 4. 5%ige Natriumzyanidlösung. II. Ausführung: 10 ccm Wolframsäurefiltrat des Blutes werden in 100 ccm-Kolben gegeben, dazu 5 ccm Aq. dest. In zwei Vergleichskolben a und b 5 bzw. 10 ccm Vergleichslösung mit Wasser auf 15 ccm aufgefüllt. Ist sehr viel Harnsäure im Blut enthalten, muß noch ein dritter Kolben c mit 15 ccm Vergleichslösung angesetzt werden. Zu jedem Kolben werden 5 ccm Natriumzyanid (aus Bürette) und 0,5 ccm Reagens zugesetzt und gemischt. Nach 20 Min. Stehen bei Zimmertemperatur Ablesung im Folin-Wu-Kolorimeter. III. Berechnung: Steht die Vergleichslösung auf 20 mm und der abgelesene Wert ist x, so ist der Harnsäuregehalt von Kolben $a = \frac{50}{x}$, von $b = \frac{100}{x}$, von $c = \frac{150}{x}$. Die Methode ist bedeutend einfacher, als die klassische

Digitized by Google

Methode von Folin-Wu und gibt zuverlässigere Werte als die Modifikation von Benedict, weil keine unspezifischen Körper mitreagieren. R. Liebeschütz-Plaut-Hamburg.

Dermatoses et hyperglycémie (Dermatosen und Hyperglykämie), von J. Brétillon. Thèse de Paris. (Presse méd., 1926, Nr. 97, S. 1530.) Das Vorhandensein von Hyperglykämie ohne gleichzeitige Glykosurie bei manchen Dermatosen scheint zwar keine sehr häufige Erscheinung zu sein, ist aber immerhin als Zeichen einer Störung im Stoffwechsel der Kohlenhydrate und möglicherweise einer Vorstufe zum Diabetes beachtenswert. Verf. hat im Verein mit Lévy-Frankel versucht, durch Insulinbehandlung auf solche Fälle einzuwirken und hat öfters eine entschieden günstige Beeinflussung der Dermatose konstatiert. So wurden bei Pruritus und bei Malum perforans pedis sehr gute Erfolge damit erzielt, während bei der Duhringschen Krankheit und bei Psoriasis die Wirkung nur gering oder vergänglich war. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pellagra in Nyassaland, von H. M. Shelley. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5393, S. 74.) Pellagra ist unter der Bevölkerung des Nyassalandes weit verbreitet und tritt im Gefängnis auch bei reichlicher Ernährung auf. Die Krankheit besteht in einer toxischen Neuritis, die möglicherweise durch Darmparasiten, wie Ankylostomum oder Bilharzia, bedingt ist. Am meisten befallen werden zweites bis siebentes Zervikal-, viertes bis fünftes Lumbal- und erstes Sakralsegment. Die diesen Segmenten entsprechenden Hautgebiete an Nacken, Armen und Beinen werden von trophischen Störungen befallen, und so entsteht ein Krankheitszustand, der nach Ansicht des Verf. an Myxödem erinnert. Daraufhin wurde durch Zufuhr von Thyreoideatabletten vollständiger Schwund der Hauterscheinungen und bei 92 von 100 Kranken völlige Heilung erreicht. F. Rosenthal-Berlin.

Pigment

Vitiligo généralisé (Generalisierte Vitiligo), von Gougerot, Martin und Mansion. (Paris méd., 1926, Nr. 48, S. 432—433). Durch die ausgebreitete Vitiligo ist der Afrikaner (Mischung von Araber und Neger) fast völlig zu einem Weißen geworden. Beginn der Entfärbung im 18. Lebensjahre; eine Ursache dafür war nicht nachweisbar. Allgemeinzustand gut; es besteht größere Empfindlichkeit gegen Kälte, Sonnenbestrahlung bewirkt leicht Erythem. E. Levin-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Ein echtes Nabeladenom. Ein Beitrag zur Frage der endometroiden Heterotopien, von V. Föderl, II. Chir. Univ.-Kl. Wien. (Bruns' Beitr., 1926, Bd. 138, H. 2, S. 255.) Es handelt sich um eine in der Nabelnarbe eingebettete fibroadenomatöse Wucherung bei einer hypoplastischen 38jähr. Frau, welche Wucherung in ihrer histologischen Struktur, insbesondere in ihren Zelldetails die Uterus mucosa weitgehend nachahmt, und dieser anatomischen Analogie durch ihre Funktion die Menstruationsbeteiligung in Form von Blutabgängen, histologisch in Form von hämatogenem Pigment, auch die funktionelle Gleichstellung anreiht, mithin alle Kriterien der echten Nabeladenome aufweist; ferner ist hervorzuheben die Vermehrung und Hyperplasie der benachbarten Schweißdrüsen, die nach Ansicht vieler Autoren einen integrierenden Bestandteil der echten Adenome bilden. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Regressive Störungen und Atrophien

Maladie de Recklinghausen (Recklinghausensche Krankheit), von J. Llambias. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 35, S. 1385.) Kasuistische Mitteilung zweier Fälle. Im ersten Fall fand sich ein Neurom der inneren Kapsel der rechten Hirnhemisphäre, daneben Neurofibromatose der Nieren und Hoden, sowie eine Hyperplasie der Zona medullaris der Nebennieren. Auf dem Boden einer alten Neuromnarbe der Beinhaut hatte sich nun ferner ein Sarkom entwickelt. Sarkommetastasen der Lunge und diffuse, nicht fleckige Pigmentation der Haut. — Im zweiten Fall bestanden größere mesenteriale und kleinere, mediastinale Neurome sowie ein großer, zentral erweichter Tumor des rechten oberen Lungenlappens, ferner ein kleiner Tumor der Zona medullaris der Nebennieren. Der Lungentumor imponiert in beiden Fällen durchaus als Fibrosarkom, dessen Zellen sich mit denen des Neuroms vermengen. Der Tumor der Nebennierenkapsel war erbsengroß, ging von der Marksubstanz aus und durchbrach die Rinde. Histologisch zeigte er sehr große, unregelmäßige Zellen mit dicken Kernen. Er wird vom Verf. als Tumor des Parasympathikus angesprochen. F. Jacobsohn-Berlin.

Digitized by Google

Blepharochalasis. Report of Three Cases (Drei Fälle von Blepharochalasis [Erschlaffung der Lidhaut]). von W. L. Benedict-Rochester, Minn. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 21, S. 1735.) Von Fuchs 1896 zum ersten Male beschrieben und benannt. Es handelt sich um eine Erkrankung der Lidhaut des oberen Augenlides, von der hauptsächlich das jüngere Alter betroffen wird, und die mit einer anfallsweise ödemartigen Anschwellung des Lides beginnt, die schon nach einigen Stunden schwindet. Diese Attacken wiederholen sich bis zu einer schließlich permanenten Anschwellung, die in eine sackförmige Vergrößerung und Athrophie ausgeht, was das Wesen dieser Erkrankung ausmacht. Drei sehr gute photographische Abbildungen.

D. M. Loewenstein-Bad-Nauheim.

Maligne Neubildungen

Über Rückbildung bösartiger Tumoren, von L. Casper-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 2, S. 53.) Zwei Beobachtungen. 1. Ein Sarkom, das, vermutlich von der Symphyse ausgehend, in die Blase hineingewachsen ist und deren Wand durchsetzt hat. Durch Operation wird etwa der zehnte Teil des Tumors entfernt, der Rest belassen. Radiumbehandlung mit 16 Sitzungen. Nach einem Jahr kein Tumor mehr vorhanden. Zwölf Jahre nach der Operation völliges Wohlbefinden. Die Heilung wird nicht auf die Radiumbehandlung zurückgeführt, da 5 Monate nach der Bestrahlung der Tumor noch vorhanden, eher noch größer gewesen ist und auch sonst die Strahlentherapie des Harntraktus nur ungünstige Resultate aufweist. In dem 2. Fall kam ein die Wand der Blase infiltrierendes apfelgroßes Karzinom nach einer durchaus unzulänglichen Therapie zur vollständigen Rückbildung. F. Harry-Wiesbaden.

Les cancers de la peau et leurs rapports avec la pathologie générale (Die Karzinome der Haut und ihre Beziehungen zur Gesamtpathologie), von E. Ramel, Derm. Univ.-Kl. Lausanne. (Rev. méd. Suisse Rom., 1926, Nr. 14, S. 837.) Es werden alle Theorien der Hautkarzinome bis zu den Arbeiten Blochs durchgesprochen. Dabei werden die ungeklärten Beziehungen der Disposition des Gesamtorganismus zur Karzinombildung besonders hervorgehoben, ohne daß neue Gesichtspunkte gefunden werden.

H. Lippert-Köln.

Über die Ursache der Neoplasie, von R. Beutner-Louisville, U. S. A. (Zschr. f. Krebsforschg., 1926, Bd. 24, H. 2, S. 99.) Boveris morphologische Theorie, wonach die atypische Struktur der Krebszelle (Fehlen eines Teiles der Chromosomen) Ursache der Neoplasie sei, kann nicht aufrechterhalten werden; dagegen fanden Loebs Experimente über die Entwicklung des Eies durch verschiedene zytolytische Agentien (Essigsäure, Buttersäure, gewisse Saponine usw.) Anklang. Auf die Krebszelle angewendet: die Wucherung ist von der persistierenden chemischen Zusammensetzung der Körperflüssigkeiten abhängig, und hierin ist das Wesen einer malignen Neubildung zu suchen. Also keine eigentliche Krebszelle, sondern eine chemische Veränderung im Milieu der Zelle führt zur Wucherung. Diese chemische Veränderung kann durch Medikamente (Mg-, Cu-, Pb-Salze sowie kolloide Lösungen) günstig beeinflußt werden, was durch Versuche an Tieren und Menschen bestätigt wird. D. M. Loewenstein-Bad-Nauheim.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Der nächste internationale Urologenkongreß findet in Brüssel vom 3. bis 6. August unter dem Vorsitz von Prof. Verhoogen statt. Themata: 1. Vergleichende Blut- und Urinuntersuchungen in der urologischen Chirurgie (Chabanier-Paris, Kojan-Belgrad, Quinby-Boston); 2. Physikalische Therapie der Blasentumoren (Beer-New York, Feysaman-Warschau, Heitz-Boyer-Paris); 3. Behandlung der Genitaltuberkulose (Barney-Boston, Gamberini-Bologna, Walker-London).

Habilitiert an der Königl. Franz-Josef-Universität in Szegedin: Dr. Karl v. Berde für Infektionskrankheiten der Haut und Dr. L. Heiner für venerische Krankheiten. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 16 (Bd. 84) 16. April 1927

UNIVERSITY OF MICHIGAN RESEARCH LABORATORIES DERMATOLOGICAL

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des Wilhelminenspitals in Wien (Vorstand: Prof. Dr. M. Oppenheim)

Ratanhiasalbe als Überhäutungsmittel

Von

Dr. Egon Goldhammer, Aspirant

Mit 2 Abbildungen im Text

Über die Wirkung der Ratanhiasalbe als Mittel zur Überhäutung vielerlei Arten von Ulzerationen liegt nun eine langjährige Beobachtungsdauer und unsere Erfahrungen an einem Krankenmaterial von fast 200 Fällen vor.

Wie M. Oppenheim in seiner „Ätiologie der schwarzen Haarzunge" ausführte, war der Gang seiner Überlegung, die ihn zur Erkennung der keratoplastischen Wirkung seiner Salbe führte, kurz folgender: Ausgehend von der mehrfach beobachteten Koinzidenz des Auftretens einer schwarzen Haarzunge mit Lues, die von vielen als Teilerscheinung der luetischen Infektion angesehen wurde, kam Oppenheim auf die Vermutung, daß die Ursache der schwarzen Haarzunge nicht in der Lues selbst, sondern in ihrer Behandlung mit Quecksilber zu suchen sei. Da eine weitere Beobachtung das auffallende Ergebnis brachte, daß die schwarze Haarzunge nur bei solchen mit Hg behandelten Patienten auftrat, die gleichzeitig prophylaktische Mundpflege betrieben, bei den Patienten aber, bei denen die Mundpflege unterlassen worden war, ausblieb, wurde es klar, daß die Mundpflege bei mit Hg behandelten Luetikern die schwarze Haarzunge auslöse. Es erhob sich nun die Frage, welches der zur Mundpflege gebräuchlichen Mittel eine derartige Hyperkeratose hervorrufen könnte, wie sie die schwarze Haarzunge darstellt. Die Statistik der prophylaktischen Mundpflege mit Wasserstoffsuperoxyd, Tinctura gallarum und Tinctura Ratanhiae, jedes dieser Mittel allein zur Anwendung gebracht, zeigte, daß die Tinctura Ratanhiae der ätiologische Faktor für die schwarze Haarzunge war. Dieses Ergebnis veranlaßte Oppenheim, die keratoplastische Wirkung der Ratanhiawurzel, die auf ihrem Gehalt an Ratanhiarot und Ratanhiagerbsäure beruht, und zwar ursprünglich ihren weingeistigen Auszug, später, da dieser reizte, das reizlose Extractum Ratanhiae als Überhäutungsmittel zu benutzen. Das heute verwendete Rezept lautet:

Rp. Extract. Ratanhiae 10,0
Thymol 1,0
Ung. simpl. ad 100,0
S. 3mal täglich Salbenverband.

Digitized by Google

Unsere seit dem Jahre 1919 geführte Statistik über mit Ratanhiasalbe behandelte Patienten umfaßt 180 Fälle; auf die einzelnen Krankheiten verteilt:

Ulcera venerea	62	Röntgenulzera	2
Ulcera cruris	29	Ulcera aphthosa	2
Balanitis	26	Erythema indurat. Bazin	1
Phimose und Paraphimose	17	Vaccina brachii	1
Lupus vulgaris	11	Scrophuloderma	1
Ulzera bei Gangrän	9	Hauttuberkulid	1
Lymphadenitis	7	Ulcus cruris post abscessum	1
Combustio	4	Ulcus rodens	1
Ulcera traumatica	4	Epithelioma	1

Im folgenden seien auszugsweise einige typische Krankengeschichten aus dem Indikationsgebiet der Ratanhiasalbe angeführt. Als sinnfälligstes Beispiel der epithelialisierenden Kraft der Salbe sei ein Fall von Periarteriitis nodosa mit ausgedehnten Hautnekrosen an die Spitze gestellt.

Abb. 1. a = Durch Ratanhiasalbe überhäuteter Substanzverlust.
b = Substanzverlust, der durch Ratanhiasalbe überhäutet wurde

Fall 1. L. Katharina, 63 Jahre, Eintrittstag 15. IV. 1924. Diagnose: Periarteriitis nodosa.

18. V. 1924. Um die Mittagsstunde entsteht nach prodromalem Schmerz plötzlich vor unseren Augen eine Hämorrhagie am rechten Oberarm, in deren Zentrum sich eine zackig begrenzte, blauschwarze Verfärbung zeigt. Der Längsdurchmesser der letzteren beträgt 13 cm, ihre Breite 10,5 cm. Mitte Juni bildet sich eine feuchte Gangrän aus. Die gangränösen Massen stoßen sich ab. Nach einer zehnwöchigen Behandlung mit Ratanhiasalbe bildet sich an der Stelle des Defektes eine funktionstüchtige Narbe.

Es war also ein Hautdefekt von großem Umfange, von dem man nicht annehmen konnte, daß er ohne Plastik zur Vernarbung gebracht werden könne (s. Abb. 1).

19. VII. Abermals tritt nach prodromalem Schmerz, dieses Mal am linken Oberschenkel, eine Hämorrhagie auf. Die Haut ist auf der lateralen Fläche des Oberschenkels in einer Ausdehnung von 30 × 20 cm blutig suffundiert.

26. VII. Die Mitte des linken Oberschenkels ist von zwei je weit überhandtellergroßen, durch eine schmale Brücke verbundenen, blauschwarz verfärbten Bezirken eingenommen. Die Epidermis ist im Bereiche der zentralen nekrotischen Zone an mehreren

Digitized by Google

Stellen blasig abgehoben. Aus den geplatzten Blasendecken quillt hämorrhagisches Serum hervor. Die zentrale nekrotische Zone zeigt in ihrem Schrägdurchmesser die größte Ausdehnung, und zwar 32 cm, während der Breitendurchmesser 18 cm beträgt (s. Abb. 1).

30. VII. Die nekrotischen Partien sind gangränös geworden.

19. VIII. Beginn der Behandlung mit Ratanhiasalbe. In den folgenden 3 Monaten kommt es zu einer langsam, aber stetig fortschreitenden Ausfüllung und Überhäutung des riesigen Substanzverlustes. Die Epithelialisierung schreitet stellenweise zungenartig von der Peripherie gegen das Zentrum vor.

9. XI. 15 Wochen nach der Blutung hat sich eine widerstandsfähige, an der Peripherie pigmentierte Narbe ausgebildet, die am Rande einige derbere Stränge in die Tiefe entsendet, aber trotzdem auf der Unterlage verschieblich ist und den unbehinderten Gebrauch des Beines zuläßt.

Als wichtigstes Indikationsgebiet der Ratanhiasalbe erwies sich ihre Anwendung bei varikösen Unterschenkelgeschwüren. Als Beispiel für den durchschnittlichen Krankheitsablauf dieser Ulzerationen unter der Behandlung mit Ratanhiasalbe sei folgender Fall vermerkt, wobei ich erwähnen möchte, daß auch bei solchen hartnäckigen Ulcera cruris, die auf kein anderes Mittel reagierten, unter der Wirkung der Ratanhiasalbe in verhältnismäßig kurzer Frist Epithelialisierung eintrat.

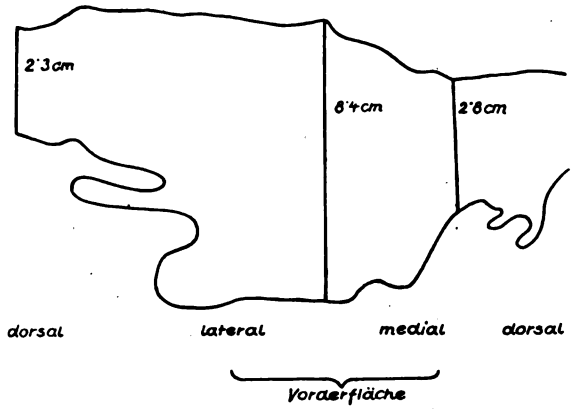


Abb. 2. Größenverhältnisse eines in die Fläche projizierten Unterschenkelgeschwürs, durch Ratanhiasalbe überhäutet

Fall 2. L. Anna, 61 J., Eintrittstag 8. II. 1926. Diagnose: Ulcus varicosum cruris sinistri.

Am Unterschenkel findet sich ein zirkuläres flaches Geschwür, dessen Grund eitrig belegte Granulationen enthält. Die Umgebung weist in weitem Umfang Pigmentvermehrung auf. Maße siehe nebenstehende schematische Zeichnung (Abb. 2).

11. II. Medial Granugenolpulver, lateral Borsalbe.

15. II. Unter der Wirkung des Granugenols entsteht starke Granulation und Eiterung. Die Größe der Granulationen auf der Granugenolseite übertrifft bei weitem die der Borsalbenseite.

15. II. Ratanhiasalbe beiderseits. Medial Lapisieren der hypertrophischen Granulationen.

19. II. Medialer Durchmesser 1,8 cm (am Beginn 2,8 cm). Lateraler Durchmesser 7,1 cm (am Beginn 8,4 cm). Dorsaler Durchmesser 0,5 cm (am Beginn 2,3 cm). Im dorsalen Durchmesser kommt es fast zur Berührung des oberen mit dem unteren Epithelsaum.

23. II. Die Epithelialisierung macht auf der medialen Unterschenkelseite starke Fortschritte.

24. II. Auf der dorsalen Seite Bildung einer breiten Epithelbrücke, so zwar, daß jetzt zwei getrennte Geschwüre bestehen. Auch auf der Streckseite zeigt der Epithelsaum starkes Fortschreiten.

26. II. Lapisieren der Granulationen.

4. III. Die Ulzerationen sind bis auf streifenförmige Reste überhäutet.

13. III. Es bestehen nur mehr kleine Epitheldefekte. Die Oberfläche des epithelialisierten Defektes ist feinhöckrig, entsprechend den rasch epithelialisierten Granulationen.

29. III. Der Defekt ist gänzlich abgeheilt.

6. IV. Geheilt entlassen.

Digitized by Google

Die Behandlungsdauer bis zur eingetretenen Überhäutung des Substanzverlustes ist, abgesehen von der Größe und Tiefe, natürlich von den besonderen lokalen und allgemeinen Verhältnissen sowie vom Lebensalter abhängig. Im Durchschnitt variierte die Heilungsdauer bei Geschwüren von etwa $^1/_2$ cm Tiefe und einem Lebensalter von 50—70 Jahren zwischen 18 Tagen bei einer Größe des Substanzverlustes von 7×3 cm und 90 Tagen bei einer Größe von 14×12 cm. Die längste Behandlungsdauer bis zum eingetretenen Erfolg betrug 105 Tage bei dem oben erwähnten Fall von Periarteriitis nodosa, wo der Substanzverlust eine Größe von 32×18 cm erreichte. Bei der Berechnung der Heilungsdauer von elf verschieden großen Geschwüren mit annähernd derselben Tiefe und einem Gesamtausmaß von 1314 qcm betrug die Summe der Tage, die bis zur eingetretenen Epithelialisierung sämtlicher Geschwüre verstrichen, 714. Nach dieser Berechnung brauchte 1 qcm Substanzverlust 1,8 Tage zur Überhäutung.

Als nicht minder wichtiges Anwendungsgebiet erwies sich die Ratanhiasalbe bei durch höhere Grade der Verbrennung verursachten Wundflächen.

Fall 3. K. Antonie, 4 Jahre, Eintrittstag 24. IV. 1920. Diagnose: Combustio II und III manus utrinque et faciei (Verbrennung mit Zelluloid am 24. III.). Beschreibung: Ein Teil des behaarten Kopfes, die Stirne und das ganze Gesicht exkoriiert. Die Augenbrauen sind nicht sichtbar. Die Augenlider sind geschwollen und gleichfalls exkoriiert. Die Konjunktiva ist stark gerötet, die Wimpern sind erhalten. Exkoriation beider Hände.

25. IV. Behandlung mit Borsalbe.

21. V. Behandlung mit Ratanhiasalbe.

30. V. Schnell fortschreitende Überhäutung. Die Gesichts- und Ohrenhaut ist bis auf einen handtellergroßen Herd narbig verheilt. Auf der linken Wange findet sich eine Epithelinsel inmitten der granulierenden Fläche.

24. VI. Die Überhäutung ist vollendet.

7. VII. Geheilt entlassen.

Auch in schwer geschädigtem, wenig lebensfähigem Gewebe von Substanzverlusten, die durch Gangrän herbeigeführt sind, versagt nicht die epithelialisierende Wirkung der Ratanhiasalbe. Daher empfiehlt sich ihre Verwendung bei gangränösen Geschwüren, besonders bei Dekubitalgeschwüren, Ekthyma gangraenosum und Balanitis gangraenosa.

Fall 4. Z. Lina Frieda, 35 Jahre, Eintrittstag 3. II. 1920. Diagnose: Gangraena cutis subpatellare circumscriptum (Dekubitus), Dermatitis acuta arteficialis cruris dextri.

10. II. Aqua plumbi, Talkum.

21. II. Der Schorf des Dekubitalgeschwüres hat sich abgestoßen. Unterhalb der Patella ein fünfkronenstückgroßes rundes, granulierendes Geschwür, und unterhalb desselben über der Tibiakante ein überflachhandgroßes, unregelmäßig begrenztes, granulierendes Geschwür. Therapie: Salbenverband mit Borsalbe.

26. II. Die Geschwüre sind gereinigt und granulieren.

29. II. Beginnende Überhäutung vom Rande her.

6. III. Behandlung mit Ratanhiasalbe und jeden zweiten Tag Lapisieren der Granulationen.

11. III. Rasch fortschreitende Epithelialisierung, vom Rande her dem Zentrum zustrebend.

28. III. Die Geschwürsfläche ist bis auf zwei kleine, hellerstückgroße Stellen geschlossen.

2. IV. Die Wunde ist geheilt.

3. IV. Geheilt entlassen.

Es sei auch mehrerer Fälle von Lupus vulgaris Erwähnung getan, bei denen nach Exkochleation der lupösen Effloreszenz mit Hilfe der Ratanhiasalbe bemerkenswerte Erfolge erzielt wurden.

Digitized by Google

Fall 5. S. Michael, 26 Jahre, Eintrittstag 5. V. 1921. Diagnose: Lupus vulgaris nodularis, tumidus et verrucosus ad nates et brachii superioris utrinque; Skabies.

6. V. Behandlung der Skabies mit Ung. Wilkinson.

22. V. Exkochleation der lupösen Herde.

24. V. Behandlung mit Ratanhiasalbe.

2. VI. Die Herde zeigen gute Granulation und Epithelialisierungstendenz.

13. VI. Die Herde ad nates und am rechten Oberarm sind vollkommen vernarbt. Der Herd am linken Oberarm wird epithelialisiert.

20. VI. Geheilt entlassen.

Bei Röntgengeschwüren wird die Ratanhiasalbe in Kombination mit Quarzlicht erfolgreich angewendet.

Fall 6. N. Josef, 33 Jahre, Eintrittstag 23. IX. 1921. Diagnose: Ulcus Roentgen dorsi pedis dextri, latitudine 3 cm, longitudine 7 cm, in centro gangraenosum. Behandlung mit Ratanhiasalbe und Quarzlicht.

23. IX. Das Geschwür beginnt sich zu reinigen.

1. X. Einsetzende Überhäutung. Granulationsbildung der Geschwürsbasis.

26. XI. Das Geschwür ist zum größten Teil überhäutet. Pat. wird auf eigenes Verlangen gebessert entlassen.

Mehrere maligne Geschwüre, Epitheliome und Substanzverluste bei Ulcus rodens zeigten unter der Wirkung der Ratanhiasalbe weitgehende Besserung und deutliche Tendenz zum Vernarben.

Fall 7. A. Antonia, 75 Jahre, Eintrittstag 20. X. 1922. Diagnose: Ulcus rodens. Auf der Außenseite der linken Mamma, zwei Querfinger von der Mamilla entfernt, findet sich ein kindsflachhandgroßer Herd, dessen Zentrum eine von kleinen Strängen und Brücken durchzogene, ungefähr kronenstückgroße Narbe bildet. Die Peripherie ist in etwa 1 cm breiter Ausdehnung in Form eines blaurot verfärbten Walles eleviert. Der Wall setzt sich aus lautor kleinen, fluktuierenden, zum Teil gelblich durchscheinenden Knoten zusammen, daneben enthält er bis hanfkorngroße Ulzerationen. Behandlung mit Borsalbe.

27. X. Die Entzündungserscheinungen sind geringer, die Grenzen schärfer.

21. XI. Probeexzision. Die histologische Untersuchung ergibt an drei Stellen in einem dichten Lymphozyteninfiltrat atypisches Epithel. An einzelnen Orten findet man die Epithelhistiogenese unscharf, die Basalzellenschicht geschwunden und die Retezellen sich infiltrativ in den lymphozytären Wall erstreckend.

22. XI. Behandlung mit Ratanhiasalbe.

15. XII. Exkochleation, steriler Verband.

18. XII. Fortsetzung der Behandlung mit Ratanhiasalbe.

14. I. 1923. Derzeit besteht auf der linken Brust ein kindsflachhandgroßer Herd. Der Grund desselben ist leicht uneben, mit frischen Granulationen und leicht wegwischbarem Eiter bedeckt.

17. I. Die gesamte Geschwürsfläche ist von frischen, ziemlich stark sezernierenden Granulationen eingenommen.

23. I. Nur im Zentrum noch ein kleines Ulkus restierend; alle anderen Stellen sind bereits vernarbt.

26. I. Die Sekretion hört auf.

29. I. Es hat sich eine glatte, rötliche Narbe gebildet. Am unteren Rande derselben besteht noch eine 3 cm breite Infiltrationszone.

29. I. Gebessert entlassen.

Es sei noch betont, daß das Ulcus molle ein besonders ergiebiges Feld für die Ratanhiasalbe darstellt. Nach der Applikation der üblichen lokal desinfizierenden Mittel kam es unter ihrer Wirkung bei 62 Fällen in 3—6 Tagen zur restlosen Überhäutung.

Abschließend können wir unsere Erfahrungen dahin zusammenfassen, daß die Ratanhiasalbe ein verläßliches Überhäutungsmittel für alle flächenhaften, gereinigten, nicht infizierten Substanzverluste darstellt, das auch bei den ausgedehntesten und wiederholt bei torpiden, nicht granulie-

Digitized by Google

renden, matten Wunden zum Ziele führt. Ihre pharmakologische Wirkung ist eine kombiniert keratoplastisch-adstringierende, auf dem Gehalt an Ratanhiarot und Gerbsäure beruhend. Zudem entfaltet sie eine leicht desinfizierende Wirkung, die durch den Zusatz von Thymol unterstützt wird.

Sie ruft eine lebhafte, gesunde Granulationsbildung hervor, der bisweilen, bei zu starker Wucherung, durch Lapisierung luxurierender Stellen gesteuert werden muß. Alsbald nach ihrer Anwendung, fast vor unseren Augen, zeigt sich der keratoplastische Effekt durch die Bildung von Epithelsäumen am Rande und die gleichzeitige Entstehung von Epithelinseln im Zentrum, durch deren schließliche Vereinigung die ausgedehntesten Defekte in verhältnismäßig kurzer Zeit unter Bildung einer funktionstüchtigen, haltbaren Narbe heilen.

Als ihre Vorzüge, die sie anderen Überhäutungsmitteln, inbesondere der Lapis- und Scharlachrotsalbe, voraus hat, erwiesen sich:

Ihre Reiz- und Schmerzlosigkeit, ihr weites Anwendungsgebiet, die Geruchlosigkeit sowie der Umstand, daß ihre Farbe nicht haftet und leicht entfernbar ist.

Schließlich sei auch ihre Billigkeit als Vorzug hervorgehoben.

Aus der Hautklinik der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf
(Direktor: Prof. Dr. C. Stern)

Die Teerbehandlung mit „flüssiger Kohle“[1])

Von

Dr. H. G. Rottmann

Mit 1 Abbildung im Text

Seit der Empfehlung des ungereinigten Steinkohlenteeres durch Dind zur Behandlung von Ekzemen haben die pflanzlichen Teere den Vorrang, den sie lange Zeit in der therapeutischen Verwendung inne hatten, zugunsten der mineralischen Teere allmählich eingebüßt. Es zeigte sich doch, daß der unverdünnte Steinkohlenteer wesentlich reizloser war als

[1]) Die nachfolgenden Ausführungen meines Assistenten Rottmann stellen die ersten Ergebnisse von Untersuchungen dar, für die ich um so lieber das Material meiner Klinik und Privatpraxis zur Verfügung gestellt habe, als ich mich durch langjährige Beobachtung überzeugen mußte, daß der Wert einer richtig durchgeführten Teerbehandlung unserer jungen Ärztegeneration einschließlich Fachärzte nicht so im Bewußtsein zu sein scheint, als wie wir es wünschen müßten. Die mehr technisch eingesstellte Richtung glaubt, wie ich schon einmal betont habe, im Röntgenapparat das Heil unserer Ekzemkranken zu sehen. Wenn ich auch durchaus nicht bestreite, daß mit diesem Verfahren beachtenswerte Erfolge erzielt werden können, so mehren sich doch auch in meiner Beobachtung die Fälle, in denen nach durchaus sachgemäßer Anwendung der Technik nach Jahr und Tag Hautveränderungen auftreten, an die bei der Anwendung der Röntgenstrahlen kaum gedacht worden ist. Wir haben nicht genug beachtet, daß dem augenblicklichen Erfolg nach Jahren Schädlichkeiten folgen können. Dazu kommt, daß die wirtschaftliche Lage unserer Fachkollegen nicht derart ist, um allen technischen Neuerungen auf dem Gebiete der Röntgenapparate, an denen die Industrie ja lebhaft interessiert ist, folgen zu können. Viele Fachkollegen arbeiten deshalb noch mit Apparaten, denen der Charakter „modern“ kaum zugesprochen werden kann. Aber auch die

Digitized by Google

die bisherigen Holzteerpräparate, und daß er auch in manchen Stadien des akuten bzw. subakuten Ekzems angewandt werden konnte, in denen nach den bis dahin gültigen Anschauungen eine Teerbehandlung völlig ausgeschlossen schien. Es war vor allem das Verdienst von VEIEL, HERXHEIMER und seinen Schülern und anderen, die Teerbehandlung immer weiter auszubauen, hochwirksame Teerpräparate zu ersinnen und Indikationen für diese zu geben. Die Mängel des rohen Kokereiteeres: Geruch, Farbe und Reizwirkung auf die Haut, regten zur Schaffung von Teerextrakten an, von denen im Laufe der Zeit eine große Anzahl durch die verschiedensten Autoren empfohlen und in die Therapie eingeführt wurden. Allen diesen Präparaten ist gemeinsam, daß sie von dem gleichen Material, dem Gaswerks- oder dem Kokereiteer, ihren Ausgang nehmen. Die Verwendung dieser Teerarten bedingt aber eine gewisse Unbeständigkeit der Präparate. Auf dem Amerikanischen Dermatologischen Kongreß 1925 wurde anschließend an den Vortrag von WHITE über Steinkohlenteer von verschiedenen Rednern darauf hingewiesen, daß Gasanstaltsteere in ihrer Wirksamkeit schwankten, daß sogar in manchen ein bisher nicht erkannter Reizstoff sei, der offenbar bei der Teergewinnung nicht ausgewaschen wurde. Auch TEUTSCHLÄNDER konnte bei dem vom Heidelberger Gaswerk bezogenen Teer Unregelmäßigkeiten in der Zusammensetzung feststellen. Diese Inkonstanz erscheint ganz natürlich, da die bei der Kohledestillation im Koksofen erforderliche Temperatur Schwankungen von mehreren 100 Grad (1100—1400°) unterliegt. Es ist aus diesem Grunde wohl gerechtfertigt, Versuche mit einem aus Steinkohle hergestellten teerartigen Öl anzustellen, dessen von der bisher gewohnten Art völlig abweichende Erzeugung unter ganz konstanten Bedingungen erfolgt.

Die Hydrierung der Kohle nach Prof. BERGIUS

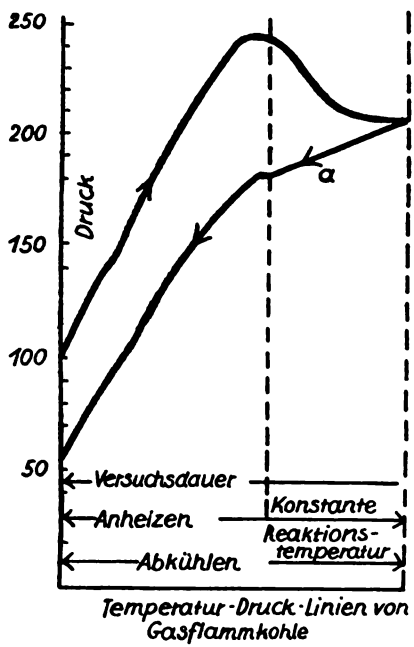
Die immer größer werdende Nachfrage nach erdölähnlichen Produkten besonders in dem letzten Jahrzehnt regte die Forschertätigkeit an, nach Wegen zu suchen, um Kohle in leicht flüssige Öle zu verwandeln. Die direkte Umwandlung des Kohlenstoffs in Kohlenwasserstoffe mittels Jodwasserstoffsäure war 1869 bereits BERTHELOT laboratoriumsmäßig geglückt. Der Kohlenstoff vermag das Jod aus der Jodwasserstoffsäure frei zu machen, wobei unter Anlagerung von Wasserstoff an das Kohlenstoffatom petroleumartige Kohlenwasserstoffe entstehen. Diese praktisch

---

mit modernsten Apparaten arbeitenden Fachkollegen werden bei längerer Beobachtung die Erfahrung machen müssen und oft leider in sehr unangenehmer, d. h. gerichtlich betonter Weise, daß rätselhafte Erscheinungen auftreten können, für die in der Anwendung des Apparates wohl für den Patienten, aber nicht für den Sachverständigen genügende Erklärung gegeben ist. Wir müssen mit der Tatsache rechnen, daß auch auf diesem Gebiete durch eine Kombination der Reize Zustände auftreten können, die weder im Interesse des Patienten noch des behandelnden Arztes gelegen sind. Um so mehr ist es zu begrüßen, wenn auf dem Gebiete der Ekzembehandlung neue Wege sich ergeben können, die, ganz abgesehen von der wissenschaftlichen Bedeutung, unser besonderes Interesse als behandelnde Ärzte erregen müssen. Schließlich sind wir doch in erster Linie dazu da, den Kranken zu heilen, und er wird uns dankbar sein, wenn wir mit guten Mitteln dieses erzielen, ohne Gefahr laufen zu müssen, durch spätere Enttäuschungen den Erfolg sehr erheblich herabgemindert zu sehen. C. STERN.

Digitized by Google

viel zu teure Reaktion und ausgedehnte weitere Untersuchungen über Entstehung und chemische Konstitution der Steinkohle, die vor allem von Bergius und seinen Assistenten angestellt wurden, gaben die Grundlage für die von Bergius geschaffene Methode. Bei diesem Verfahren wirkt gasförmiger Wasserstoff unter hohem Druck und ganz konstanter hoher Temperatur ohne Katalysatorwirkung auf die Kohle ein. Hierbei kommt es zu einer Anlagerung von Wasserstoffatomen an die Verbindungen, aus denen sich die Steinkohle zusammensetzt. Die Kohle wird zum größten Teil in flüssige Anteile überführt, die ihrer Zusammensetzung nach als Ersatz für die Erdöldestillate Verwendung finden können. Im Laboratoriumsversuch, den ich entgegenkommenderweise im Bergin-Laboratorium der Gesellschaft für Teerverwertung Duisburg-Meiderich studieren konnte, gestaltet sich das Verfahren folgendermaßen: Ein Hochdruckgefäß wird mit feingemahlener Kohle gefüllt, der zur besseren Durchmischung Eisenkugeln beigefügt werden. Eine sinnreiche Verschlußeinrichtung gestattet, in die Bombe hochgespannten Wasserstoff einzuführen und die im Innern des Gefäßes herrschende Temperatur mit großer Genauigkeit zu erkennen. Das Gefäß wird alsdann mit Wasserstoff von etwa 50 at beschickt und unter ständigem Rotieren auf 450—480° erwärmt. Der Druck steigt infolge der Erhitzung beträchtlich; kommt man der Reaktionstemperatur nahe, so läßt ein starker Druckabfall die Wasserstoffabsorption, d. h. die Anlagerung der H-Atome an die Bestandteile der Kohle erkennen.



Temperatur-Druck-Linien von Gasflammkohle

Abb. 1

Die Reaktion ist alsdann beendet. Nach Abkühlung der Bombe wird das in ihr enthaltene Gas — nicht verbrauchter Wasserstoff und während der Reaktion entstandene Gase — abgelassen, der Apparat geöffnet und das ganze Erzeugnis — der sogenannte Ausguß, eine dickflüssige teerartige Masse — entnommen.

Des Bergin-Teer wird wie der gewöhnliche Steinkohlenteer durch Destillation in einzelne Fraktionen zerlegt, und zwar

1. in die leicht siedenden Anteile, die bis 200° sieden, genannt Bergin-Benzine;

2. in die dann folgenden bis 300° siedenden Bestandteile, genannt Bergin-Treiböle;

3. in die hochsiedenden Anteile, die als Bergin-Schmieröle bezeichnet werden und deren Siedepunkt bis zum Bergin-Pech hinaufgeht, das

4. als Rückstand bei der Destillation verbleibt.

Digitized by Google

Endlich werden die verschiedenen Öle durch weitere Behandlung mit Alkalien und Säuren von den darin enthaltenen Phenolen und Basen befreit, auch durch engeres Fraktionieren in weitere Destillate zerlegt.

Theoretische Erörterungen über die sich bei der Berginisierung abspielenden chemischen Vorgänge liegen bereits vor. SPILKER und ZERBE nehmen an, daß für jedes Molekül eine sogenannte „Grenztemperatur“ besteht, bei der der Verband des Moleküls sich zu lockern beginnt und bei welcher das Molekül imstande ist, Wasserstoff anzulagern. Überschreitet man diese Temperaturgrenze, so tritt weitgehende Spaltung des Moleküls auf; die Anlagerung des Wasserstoffs erfolgt alsdann nicht an das Ausgangsmaterial, sondern an dessen Spaltprodukte. Da die Kohle aus einer großen Zahl der verschiedensten Verbindungen besteht, kann man die Berginisierungsreaktion so auffassen, daß für einen Teil dieser Verbindungen die zur Hydrierung des ursprünglichen Moleküls günstigsten Bedingungen vorliegen, während ein anderer Teil bereits der Spaltung unterliegt, so daß man nach SPILKER und ZERBE von gleichzeitiger Spaltungs- und Hydrierungsreaktion sprechen muß.

Unterschiede zwischen Kokerei- und Bergin-Teer

Aus dem bisher Gesagten lassen sich ganz wesentliche Unterschiede zwischen dem im Kokereibetrieb und dem mittels des Berginverfahrens gewonnenen Teer erkennen. Bei der Zersetzungsdestillation im Koksofen entwickeln sich, wie BERTHELOT bereits annahm und wie dies R. MEYER bestätigen konnte, Azetylen und andere einfache Kohlenwasserstoffe, die durch Polymerisation und Kondensation, Naphthalin, Anthrazen und weitere zyklische Verbindungen entstehen lassen, die die ungeheure Mannigfaltigkeit der im Steinkohlenteer vorhandenen Substanzen zum größten Teil ausmachen. Bei den technisch nicht zu vermeidenden großen Temperaturschwankungen im Koksofen um 200—300° wird daher jede „Kohlencharge“ einen anders aufgebauten Teer ergeben.

Beim Bergin-Teer wird das Steinkohlenmolekül bei einer ganz konstanten, relativ sehr niedrigen Temperatur nicht völlig zertrümmert, sondern nur so weit gelockert, daß durch direkte Anlagerung von H-Atomen neue teerölartige Kohlenwasserstoffe gebildet werden. Hier ist das entstehende Endprodukt nicht ein ganz geringer nebenher gewonnener Bestandteil wie im Kokereiverfahren nur aus einem kleinen Teil der zu Leuchtgas und Koks verarbeiteten Steinkohle gewonnen, sondern hier wird ein Teeröl aus möglichst allen Bestandteilen der Kohle erzielt, während Gas und Rückstände den weitaus kleineren Teil ausmachen. Im Kokereiverfahren gewinnt man pro Tonne Steinkohle etwa 30—40 kg Teer; mit dem Berginverfahren erzielte BERGIUS bei einer deutschen Steinkohle pro Tonne 680 kg Öl. Diese Zahlen zeigen auf das deutlichste die großen Unterschiede zwischen den beiden Teerbereitungsverfahren. Die größere Ausbeute an teerölähnlichen Substanzen mittels des Berginverfahrens beweist, daß der Bergin-Teer eine Anzahl von Verbindungen enthalten muß, die beim Kokereiprozeß der völligen Spaltung bis zum Kohlenstoff des Kokes anheimfallen.

Digitized by Google

Hautempfindlichkeitsprüfung mit Bergin-Teer

Ehe an eine therapeutische Erprobung des Bergin-Teeres und seiner Derivate gegangen werden konnte, war es notwendig, mittels Hautempfindlichkeitsprüfungen die Reizwirkung des neuartigen Teeres auf die Epidermis kennen zu lernen. Von den aus Kokereiteer hergestellten Teerschmierölen ist es doch bekannt, daß sie bei manchen Maschinen, z. B. im Bergbaubetrieb, nicht verwandt werden dürfen, da sie zu Hautreizungen des Arbeiters führen können.

Bei 68 hautgesunden und hautkranken Erwachsenen und Kindern wurden pfenniggroße Hautpartien mit folgenden Bergin-Teerpräparaten gepinselt:

1. Originalausguß ohne Benzine und Ammoniak, Pech- und Restkohle noch enthalten;
2. destillierter Ausguß ohne Pech- und Restkohle, Benzin und Ammonik noch enthalten;
3. Bergin-Treiböl (die von 230—330° siedenden Anteile);
4. rohes Bergin-Schmieröl (die von 230—330° im Vakuum siedenden Anteile).

Zur Kontrolle wurden zwei weitere Hautstellen mit

1. Ol. Lithantr.,
2. Thiol

gleicherweise behandelt. Ein luftabschließender Verband mit Billrothbattist und Heftpflaster bedeckte die geteerte Haut 24 Stunden. 6 Patienten zeigten Rötung der so behandelten Hautpartien, die restlichen 62 Fälle wiesen keine Reaktion auf.

Prot.-Nr.	Diagnose	Orig.-Ausguß	Destill. Ausguß	Treiböl	Schmieröl	Ol. Lith. Anthrac.	Thiol
13	Go.	—	—	+	—	—	—
15	Go.	—	—	+	—	+	—
24	Go.	(+)	+	+	+	+	+
38	Go. u. Lues	+	+	—	—	+	+
61	Lupus erythemathodes	—	—	++	—	+	—
63	Urticaria chronica	++	++	++	+	++	++

Diese Resultate zeigen, daß die verwandten Bergin-Teere — das Treiböl ausgenommen — sicher keine stärkere Reizwirkung auf die Haut ausüben als das an der Klinik benutzte Ol. Lithanthracis. Um genauere Unterschiede zwischen den einzelnen Bergin-Teeren zu erkennen, wurden bei 8 hautgesunden Patienten 6 Tage lang einmal täglich große Hautbezirke mit den 4 Bergin-Teeren fest eingerieben. Dabei ergab sich, daß alle 8 Patienten Ausguß, den destillierten Ausguß und das Schmieröl ohne Reizung vertrugen. Die Haut blieb glatt, normal gefärbt, war aber etwas trockener als die unbehandelte Haut. Nur das sogenannte Treiböl reizte einmal am dritten und bei einem zweiten Patienten am sechsten Tage leicht. Hier wurde die Epidermis besonders trocken, zeigte leichte Schuppenbildung und geringe diffuse Rötung. Die Patienten klagten

Digitized by Google

über geringen Juckreiz. Trotzdem in allen 8 Fällen die ganze Haut des Stammes mit Bergin-Teeren eingerieben worden war, wurden von den Patienten keinerlei Beschwerden außer den eben aufgeführten geäußert. Insbesondere wurde auch bei der ständigen Urinuntersuchung kein pathologischer Befund erhoben.

Therapeutische Versuche mit Bergin-Teeren

Nach diesen günstig verlaufenen Vorversuchen konnte an eine therapeutische Verwendung des Bergin-Teeres herangetreten werden. Die größte Beachtung wurde dem Ausgangsmaterial, dem Ausguß, zugewandt. Dieser stellt eine schwarze, ganz dickflüssige Masse dar, die auffallend stark nach Teer, Benzin und Ammoniak riecht, beim Verreiben sich fettartig anfühlt und keine Wasserlöslichkeit besitzt. Da von dem relativ hohen Gehalt an Benzin und Ammoniak keine therapeutische Wirkung zu erwarten war, stellte mir die Gesellschaft für Teerverwertung einen Ausguß zur Verfügung, der von Benzin und Ammoniak befreit war, in Farbe, Konsistenz und Schmierwirkung dem Rohausguß völlig gleicht.

Die mit diesem Ausguß behandelten Fälle betrafen vor allem 29 Ekzeme der verschiedensten Ätiologie; hinzu kamen ferner 6 Epidermophytien, 6 Erkrankungen an Schuppenflechte und weitere 6 an Neurodermitis, 3 akute nässende Ekzeme und 2 nicht parasitäre Bartflechten.

Diese 52 Patienten wurden vergleichsweise außer mit Bergin-Teer stets auch mit Ol. Lith. behandelt. Aus dieser Mitverwendung von Ol. Lith. ergibt sich, daß bei allen Fällen die Indikation zur Teerbehandlung mit unverdünntem Teer gegeben war. Die Vorschriften Herxheimers und für akute nässende Ekzeme die Angaben von Feer waren maßgebend. In 8 Fällen mußte die Therapie auch kürzerer oder längerer Zeit als ungeeignet verlassen werden, da beide Teere die Haut reizten. In einem Fall — es handelte sich um ein chronisches Ekzem und Neurodermitis — mußte der Bergin-Teer abgesetzt werden, während Ol. Lith. mit gutem Erfolg angewandt werden konnte. Von den restierenden 43 Patienten konnten 28 geheilt, 15 gebessert werden. Der Bergin-Teer zeigte sich dabei, was Schnelligkeit und Intensität der Heilwirkung anbelangt, dem Ol. Lith. in 9 Fällen überlegen. Bei 6 Patienten wurde mit Ol. Lith. ein besserer Effekt erzielt. In allen übrigen Fällen war die Wirkung beider Teere die gleiche.

Es verlohnt sich nicht, auf Einzelheiten des Heilverlaufes, die denen der bekannten Teertherapie völlig gleichen, einzugehen. Störungen der Behandlung, wie eine beginnende Teerakne wurden bei beiden Teerarten gelegentlich beobachtet. Sie gingen prompt unter indifferenten Salben zurück, wenn der Teer für 1—2 Tage abgesetzt wurde. Der fette konsistente Bergin-Teer schien vor allem in solchen Fällen besonders wirksam, in denen antiakanthotische und antipruriginöse Wirkung angebracht war. Bei lichenoiden Ekzemen und chronischen Gewerbeekzemen zeigte sich der Ausguß häufig dem Ol. Lith. überlegen. War dagegen die austrocknende Eigenschaft des Teeres erwünscht, wie bei akuten nässenden Kinderekzemen, so erwies sich das verwandte Ol. Lith. dem Bergin-Ausguß gegenüber als das geeignetere.

Digitized by Google

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der von Benzin und Ammoniak befreite Bergin-Ausguß ein Rohteer ist, der sich zur Einführung in den Heilschatz des Dermatologen wohl eignet. Der große Gehalt an fettartigen Kohlenwasserstoffen läßt eine vorteilhafte Eigenschaft dieser Teerart zur Behandlung trockener chronischer Ekzeme erkennen. Bei derartigen Hauterkrankungen ist der Bergin-Ausguß dem Ol. Lith. überlegen.

Nachdem die günstige Wirkung des noch das Pech und die Restkohle enthaltenden Ausgusses festgestellt worden war, lag es nahe, einen von diesen Bestandteilen befreiten Bergin-Teer auf seine therapeutische Verwendbarkeit hin zu prüfen. Die Herstellung geschieht durch Destillation des rohen Ausgusses bis 300° im Vakuum. Es ergibt sich dann ein ganz dünnflüssiges dunkelbraunes Präparat mit dem typischen Teergeruch, das die Haut stark fettend sich leicht einreiben läßt. Ein großer Vorteil dieses Destillates besteht darin, daß sich dasselbe mit Seife leicht abwaschen läßt. Die Fähigkeit des Eindringens in die Haut ist eine sehr gute. Unter leichter Massage teilt sich das Öl in wenigen Minuten fast völlig der Haut mit. Während zu den Vorversuchen ein noch Benzine und Ammoniak enthaltendes Öl verwandt wurde, konnte zu therapeutischen Zwecken ein Destillat des Rohausgusses benutzt werden, das frei von diesen Bestandteilen war. Die leichte, nur wenig schmutzende Anwendungsart des dünnflüssigen Präparates verlockte dazu, dasselbe bei ausgedehnten stark juckenden Hautleiden zu erproben. Bei 9 Fällen von Pruritus verschiedener Ätiologie leistete es gute Dienste. Vergleichsweise angewandter Liq. carbonis detergens erreichte nach Angaben der Patienten die Stillung des Juckreizes nicht in dem gleichen Maße. Von 5 Ekzemen des behaarten Kopfes wurden 3 geheilt, 1 gebessert; ein jeglicher anderer Therapie trotzendes Kinderekzem blieb unbeeinflußt, erschien nach viertägiger Behandlung sogar leicht gereizt. In ambulanter Behandlung wurden 4 Gewerbeekzeme der Hände zweimal täglich mit dem Destillat gepinselt. Der Erfolg war zufriedenstellend. Besonders das Formalinekzem eines den Beruf weiter ausübenden Dentisten heilte relativ schnell. Als 2—5—10% Zusatz zu Zinkpasta eignet sich das Destillat zur vorsichtigen Einleitung der Teerbehandlung bei subakuten Ekzemen. Das Öl bindet sich leicht mit jeglicher Salbengrundlage. Bei 10 derartigen Ekzemen wurden Zinkpasten mit Bergin-Teerzusatz erprobt. Die Reizlosigkeit und die ausgesprochen antipruriginöse Wirkung dieser Teerpasten war auffallend. In allen 10 Fällen gelang es unter ständiger Steigerung des Teerzusatzes schließlich, zur reinen Teerbehandlung mit diesem Destillat oder mit Bergin-Ausguß überzugehen. 8 Patienten konnten geheilt, 2 wesentlich gebessert werden.

Auf Grund der bisher erzielten Resultate kann daher gesagt werden, daß der durch Destillation gereinigte Bergin-Ausguß sich wegen seiner Dünnflüssigkeit leicht auf große Hautbezirke und auf behaarte Körperstellen applizieren läßt. Er reizt die Haut nur ganz selten und besitzt wertvolle therapeutische Eigenschaften. In seiner Wirkungsweise und Anwendungsart ähnelt das Destillat dem Liq. carbonis detergens, übertrifft diesen aber an antipruriginösen Eigenschaften.

Digitized by Google

Das bis 300° aus dem Ausguß heraus destillierte Treiböl wurde nach den ungünstig verlaufenen Hautempfindlichkeitsprüfungen nicht zu therapeutischen Versuchen verwandt.

Dagegen konnte mit dem Schmieröl einiges erzielt werden. Es ist dies ein hellbraunes Öl von sirupartiger Konsistenz. Sein Geruch ist weniger auffallend als der der bisher besprochenen Teerpräparate. Der therapeutische Effekt dieser Fraktion reicht aber nicht an die Wirkung des in Farbe und Konsistenz ganz ähnlichen destillierten Ausgusses heran. Wohl fand sich auch hier eine juckreizstillende Eigenschaft. Vergleichende Anwendung mit dem destillierten Ausguß ergaben aber in allen Fällen eine große Überlegenheit des letzteren, die von einer ausgedehnteren Erprobung des Schmieröles Abstand nehmen ließ. Erwähnenswert erscheint noch, daß eine hautreizende Wirkung dieses Öles bei 12 zu therapeutischen Zwecken eingeriebenen Patienten nicht beobachtet wurde. Nimmt man hierzu die gerade für das Schmieröl günstig verlaufenen Empfindlichkeitsprüfungen und Vorversuche, so kann festgestellt werden, daß das Bergin-Schmieröl im industriellen Betrieb aller Voraussicht nach die Haut des Arbeiters nicht mehr reizen wird, als dies auch von Erdöldestillaten bekannt ist. So zeigen z. B. die von mir untersuchten Angestellten des Bergin-Laboratoriums der Gesellschaft für Teerverwertung, die bereits seit 12 Monaten dauernd mit Bergin-Teer und dessen Fraktionen in Berührung kommen, keinerlei Hautschädigung.

Zusammenfassung

Die technische Möglichkeit der Durchführung der Kohleverflüssigung nicht nur im Laboratorium, sondern auch in Großanlagen hat BERGIUS gezeigt. In nicht allzuferner Zeit werden dem Mediziner Bergin-Teer und die Destillate und Fraktionen desselben in jeder Menge zur Verfügung stehen. Bei den konstanten Herstellungsbedingungen ist damit zu hoffen, daß wir einen gleichmäßigen und in seiner Wirkungsweise stets gleichartigen Teer besitzen, dessen Eigenschaften, da er nicht ständigem Wechsel in seiner Zusammensetzung unterworfen ist, leichter zu erkennen sein werden. Kleinere Unterschiede, wie sie sich aus der Verwendung des Ausgangsmaterials, der Kohle, aus dieser oder jener Grubenanlage vielleicht ergeben, werden leider auch dann noch vorhanden sein.

Nachdem die Verwendungsmöglichkeit des Bergin-Teeres als Therapeutikum in der Dermatologie erwiesen ist, wird es vor allem notwendig sein, den Versuch zu machen, die hochviskösen Destillate wie beim Erdöl auf ihre Eigenschaft als Salbengrundlage zu untersuchen und ferner die wirksamen Bestandteile des Bergin-Ausgusses durch verschiedene Extraktionsmittel zu isolieren. LEISTIKOW und MIELK, SACK, vor allem HERXHEIMER und seine Schüler haben für den Kokereiteer gangbare Wege gezeigt, die sicherlich auch bei der weiteren Erforschung des Bergin-Teeres beschritten werden können.

Digitized by Google

Aus dem Physiotherapeutischen Institut Rostow am Don (U. S. S. R.)

Lichen ruber planus im Anschluß an Thalliumbehandlung

Von

Alexander Dombrowski, Direktor des Institutes

Mit 1 Abbildung im Text

Als sonderbare und rätselhafte Krankheit bezeichneten Hebra und Kaposi den Lichen ruber. Trotz zahlreicher wissenschaftlicher Arbeiten zur Ätiologie und Pathogenese dieser Krankheit bleibt bis heute die Entstehungsursache des Lichen ruber nicht vollkommen aufgeklärt.

In unserem Falle handelt es sich um einen 9jähr. heimlosen Jungen, der wegen einer Haarpilzerkrankung mit essigsaurem Thallium nach Buschke-Langer (1) mit 8 mg auf 1 kg Körpergewicht behandelt wurde. 5. XII. 1926. 118 cm groß, 24 kg schwer. Normaler Körperbau, Ernährung mäßig. Pockennarben an der Gesichtshaut. Haar blond, geschnitten, 1 cm lang. Flaumhaare und Nägel normal, etwas vergrößerte Leisten- und Achseldrüsen. Temperatur 36,4°. Herzgrenzen normal. Herztöne rein. Puls 80. Blutdruck 85/65 R. R. Lungen normal. Milz nicht vergrößert. Erhöhte Muskelerregbarkeit. Sehnenreflexe gesteigert. Hautreflexe lebhaft. Schleimhautreflexe abs. Urin: spezifisches Gewicht 1018, sauer, zucker- und eiweißfrei. Sediment: Leukozyten 0—1, Epithelien der Harnwege 0—1, Oxalatkristalle 1—2. Blutbild: Hb 82%, Erythrozyten 4340000, Leukozyten 7800, Eosinophile 3%, Stabkernige 7%, Segmentkernige 58,5%, Lymphozyten 21,5%, Monozyten 7%. Senkungsreaktion 10 Teilstriche in 1 Stunde (Apparat Panczenkow). Kalzium im Blut 10,8 mg-%, Kalium 20,8 mg-%, Blutzucker 116 mg-%. 7. XII. Darreichung per os von in Wasser gelösten 0,19 g Thallium aceticum. Verlauf: 8. XII. Wohlbefinden gut. 12. XII. Temperatur normal. Klagt über Schmerzen im Munde. Zunge rot, leicht geschwollen. Unterkieferdrüsen etwas vergrößert. 13. XII. Temperatur normal. Ein papulöser Ausschlag am Körper von gleicher Farbe wie die Haut, der den Kranken nicht beunruhigt. 14. XII. Zungenschwellung geschwunden, Rötung hält an. Der Ausschlag generalisiert sich. Urin: spezifisches Gewicht 1022, sauer, eiweiß und zuckerfrei. Sediment: Leukozyten 0—1, Epithelien 0—1. Blutbild: Hb 76%, Erythrozyten 4380000, Leukozyten 7100, Eosinophile 7%, Stabkernige 7.5%, Segmentkernige 40,5%, Lymphozyten 40,5%; Blut: Kalzium 11,4 mg-%, Kalium 21,4 mg-%. 16. XII. An den Außenflächen der Unterschenkel scharf und dicht ausgesprochener Ausschlag von roter Farbe. Kein Hautjucken. 18. XII. Blutdruck: 75/45 R. R. Puls 84, Temperatur normal. Gesteigerte Sehnenreflexe. Schleimhautreflexe abs. Ausschlag hält an. 20. XII. Ausschlag unverändert. Sehr gute Epilation. Klagt über heftige Schmerzen in den Fußsohlen in der vergangenen Nacht, die ihm den Schlaf raubten. 23. XII. Urin: spezifisches Gewicht 1020, sauer, eiweiß- und zuckerfrei. Sediment: Leukozyten 0—1, Epithelien 0—1. Blutbild: Hb 81%, Erythrozyten 4240000, Leukozyten 10200, Eosinophile 2%, Stabkernige 17%, Segmentkernige 46%, Lymphozyten 31%, Monozyten 4%. 24. XII. Die ganze Körperhaut ist mit kleinen, flachen Knötchen bedeckt, stecknadelkopfgroß und kleiner, an einigen Stellen von normaler Hautfarbe mit wachsartigem Glanz, an anderen dunkelrot. Zwischen den Papeln normale Haut. Frei vom Ausschlage sind folgende Stellen: Handteller und Fußsohlen, Beugeflächen des Ober- und Unterarmes, vorn Hals und oberer Brustteil, Leistenbeugen, laterale Flächen des Brustkorbs, Kniebeugen, und in Form eines Dreieckes hinten am Halse. 29. XII. Gewicht 24,4 kg. Ausschlag im frühen Zustande: er ist in Form von trockenen, flachen, harten Papeln, meistens von blaßroter oder bläulich-roter Farbe dargestellt. Die Konturen vieler Papeln sind vielkantig, die Oberfläche glatt, glänzend, wie poliert, mit einer zentralen Vertiefung.

Digitized by Google

Das klinische Bild des Ausschlages ist so charakteristisch, daß es ohne weiteres als Lichen ruber planus zu diagnostizieren ist. Es ist in der Literatur das Auftreten von Lichen ruber planus nach Salvarsanbehandlung bekannt (Naegeli, Buschke, Freymann) und durch die Wirkung des Präparates auf das sympathische Nervensystem erklärt.

Gouin (5) meint, daß in der Ätiologie des Lichen ruber planus das sympathische Nervensystem bei dieser Krankheit die Hauptrolle spielt, da er bei therapeutischer Röntgenbehandlung desselben sehr gute Resultate erhielt.

Die Autoren der Epilationsmethode durch innerliche Thalliumdarreichung behaupten, daß die Wirkung dieses Präparates sich durch das vegetative Nervensystem vollzieht.

Aus dem oben Angeführten ist es möglich anzunehmen, daß das Thallium, als Erreger des sympathischen Nervensystems, die Entstehungsursache des Lichen ruber planus in unserem Falle war.

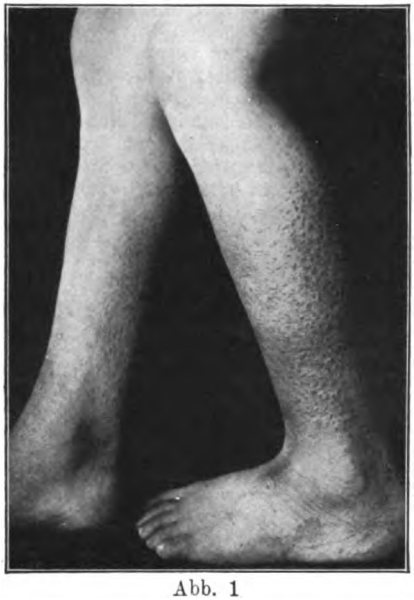


Abb. 1

Literatur

1. Buschke, Langer und Schayer, M. m. W., 1926, Nr. 20. — 2. Buschke, Peiser und Klopstock, D. m. W., 1926, Nr. 37. — 3. W. Marenbach, Derm. W., 1922, Nr. 51. — 4. Montpellier, Laeroux, Boutin, Bull. de la soc. franç. de derm. et syph., 1922, Nr. 4. — 5. Gouin, Bull. méd., 1924, Nr. 38.

Bemerkung zu dem Aufsatz von Wreszynski über Impetigo herpetiformis beim Manne mit schweren Gelenk- und Nagelveränderungen

Von

Leo v. Zumbusch

Jedem, der längere Zeit die Fortentwicklung einer Disziplin als ihr Angehöriger miterlebt hat, ist die Tatsache bekannt, daß Krankheitsbilder, die von einem Autor aufgestellt und umschrieben worden sind, späterhin „erweitert" werden. Ein ausgezeichnetes Beispiel dafür ist die Impetigo herpetiformis: Ferdinand v. Hebra beschrieb sie als eine mit schweren Allgemeinsymptomen einhergehende Pusteleruption bei Schwangeren, die in der Regel um die Zeit der Geburt auftritt und meist zum Tode führt; das Exanthem nimmt dabei seinen Anfang von der Genitalregion, breitet sich später aber oft fast universell aus. Späterhin haben dann verschiedene Autoren Fälle von Impetigo herpetiformis veröffentlicht, teils den Hebraschen gleiche, teils solche, bei denen zwar auch miliare Pusteln auf geröteten Plaques auftraten, wo es sich aber nicht um Schwangere oder

Digitized by Google

Gebärende, sondern um beliebige Patienten, zum Teil auch um Männer handelte. Der freiheitlichen Art der letzteren, an einem von einem meisterhaften Beobachter aufgestellten Begriff durch willkürlichen Zubau und Abbruch solche Veränderungen vorzunehmen, daß fast nichts mehr als der Name überbleibt, folgt auch Wreszynski. Der Schreiber dieses würde sich mit Wreszynskis an sich verdienstlichem und interessantem Aufsatz nicht kritisch befassen, wenn bei ihm nicht das klar zutage läge, was bei anderen zu vermuten ist, nämlich, daß es sich bei den beschriebenen Kranken nicht um Impetigo herpetiformis, sondern um eine pustulöse Psoriasis gehandelt hat. Jeder, der die abgebildeten Finger ansieht, wird, wenn er pustulöse Psoriasis kennt, sofort diese Diagnose stellen. Hören wir dann noch die Anamnese, daß seit mehr als Jahresfrist rote Flecken am Rücken bestanden, daß zugleich mit dem Exanthem Gelenkbeschwerden auftraten, die nach der Beschreibung vollkommen jenen bei Arthropathia psoriatica gleichen, daß bei der Aufnahme braunrote Flecken an der Brust bestanden, mit rupiaartigen Borken, daß an der Kopfhaut zusammenhängende Flächen mit silbrigen Schuppen bestehen, so wird die ganze Diagnose zur Sicherheit abgerundet, zumal, wenn wir noch die beschriebenen Veränderungen der Nägel überlegen. Daß gerade die mit Arthropathie einhergehenden Fälle von Psoriasis schwere Nagelveränderungen und starke, oft zur Bildung nicht nur miliarer, sondern großer Pusteln führende Exsudation zeigen, ist bekannt. Die Sterilität des Pustelinhalts und der negative Impfversuch spricht ebenfalls nicht gegen Psoriasis.

Wenn daher W. findet, das Symptomenbild der Impetigo herpetiformis sei anscheinend noch immer nicht erschöpft, so ist darauf zu sagen, daß es für den, welcher es aus der unmittelbaren Tradition der Hebraschen Schule kennt, zwar vielleicht nicht erschöpft, aber klinisch feststehend ist, daß aber vielerlei im Laufe der Zeit als Impetigo herpetiformis beschrieben wurde, was keine ist.

Schlußwort zur Mitteilung eines Falles von Impetigo herpetiformis

Von

Dr. Ernst Wreszynski in Berlin

Auf die zum Nachdenken anregende Kritik v. Zumbuschs an der von uns geübten Methode, ein Krankheitsbild durch Beobachtung neuer Symptome zu erweitern, läßt sich nichts erwidern, weil sich hier wie stets in der Medizin eine evolutionierend-kritische Betrachtungsweise einer starr konservativen gegenübersieht, die aber beide als wissenschaftliche Grundauffassungen ihre Berechtigung haben dürften.

Zum speziellen Fall sei kurz folgendes bemerkt: Auch von uns wurde vor dem Erscheinen des ersten Pustelschubes die Diagnose Psoriasis neben anderen (Lues maligna, Dermatitis herpetiformis z. B.) erwogen, nur aus Raumgründen wurde auf eine Erörterung der Differentialdiagnose verzichtet. Eine Psoriasis schien aber schon anfangs, abgesehen vom doch allzusehr atypischen Hautbilde wegen der starken Kachexie des Patienten, der durchaus torpiden Art der Gelenkveränderungen, des absoluten Versagens einer antipsoriatischen Therapie, wegen des regelmäßigen Fiebers unwahrscheinlich. Vollends nach dem Auftreten der ungemein charakteristischen Pusteln glaubte Oberarzt Dr. Siebert die Diagnose Impetigo herpetiformis stellen zu müssen, weil Art des Auftretens und Aussehen der Pusteln ihm völlig analog dem von ihm mehrfach bei Schwangeren beobachteten Auftreten dieses Leidens erschienen, zumal alle übrigen Symptome den von Hebra und den späteren Autoren aufgestellten diagnostischen Merkmalen entsprachen.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen und Venerologischen Klinik der Staatsuniversität Smolensk

Illustration der Sittensyphilis (Syphilis insontium) im Gouvernement Smolensk

Von

Prof. Dr. Grschebin

Mit 5 Abbildungen im Text

Wenn man den Kampf gegen die venerischen Krankheiten als eins der Hauptprobleme der Sowjetmedizin zu betrachten hat, so ist die Bekämpfung der Sittensyphilis auf dem Lande eine ihrer ersten Aufgaben.

Dieses Thema ist auch von den Zentralinstitutionen als Programmfrage für die nächste allbündliche Konferenz für die Bekämpfung der venerischen Krankheiten aufgestellt worden. In der Tat verblüfft die Landsyphilis zuweilen sowohl durch ihre Verbreitung als auch durch die Eigentümlichkeit der klinischen Äußerungen. Hieraus erklärt sich, weshalb in der periodischen Presse hin und wieder Hinweise auf den oder jenen Fall von Syphilis erscheinen, der in der Tat als phänomenal angesehen werden muß. Hierher gehören die von Mestschersky, Silberg, Rosental u. a. beschriebenen Fälle. Wenn man aber das Dorf näher betrachtet, so sieht man, daß exquisite Fälle von syphilitischem Tertiarismus gar nicht so selten angetroffen werden. Bei weiterem Erforschen der Syphilis insontium (Sittensyphilis) bei uns auf dem Lande muß noch ein wichtiger Umstand konstatiert werden, nämlich, daß die Sittensyphilis auf dem Lande außer Erscheinungen von Tertiarismus noch durch das Vorhandensein von sekundärer Familiensyphilis charakterisiert ist, wobei der Prozentsatz der letzteren bei weitem nicht gering ist.

Diese beiden Umstände will ich nach Möglichkeit mit dem Material aus unserer Klinik, in der bis 80% Kranker dem Bauernstande angehören, illustrieren.

Es muß unterstrichen werden, daß die weiter angeführten Krankengeschichten keine speziell in einem bestimmten Zeitraume gesammelten kasuistischen Fälle sind, sondern ein gewöhnliches alltägliches Material unserer Klinik bilden.

Die mir zur Verfügung stehenden Fälle können in 2 Gruppen geteilt werden. Zur ersten Gruppe gehören Fälle von tertiärer Syphilis. Ein jeder von den weiter unten angeführten Kranken hat sowohl ein klinisches Interesse infolge der Schwere der Erscheinungen als auch vom Gesichtspunkte der Lebensweise des Landmanns, den kulturellen Tiefstand der Bauernmasse charakterisierend, und bisweilen vielleicht auch die mangelhafte Qualifikation der Ärzte.

Zur zweiten Gruppe beziehen wir Fälle von Familien-Sittensyphilis in der zweiten Periode der Krankheit.

1. Gruppe:

Fall 1 (Abb. 1). Frau, 49 Jahre alt. Trat in die Klinik am 12. I. 1926, klagt über Knochen- und Gelenkschmerzen und über Beingeschwüre. Hat 9 Kinder, abortierte zweimal. Erkrankte vor 10 Jahren; es erschien ein „Finnchen" auf dem Kinn, das ein ganzes Jahr andauerte. Der Arzt, an den sie sich wandte, entfernte das Geschwür. Nach einiger Zeit stellten sich Kopfschmerzen ein, die längere Zeit anhielten. Nach 4 Jahren bildete sich ein Geschwür im Bereiche der linken Mammae, das ebenfalls mit der Brust zusammen entfernt wurde. Das Geschwür verheilte hiernach lange Zeit nicht. Behandelt wurde sie nur mit Salben und Wundwasser. Spezifische Kur wurde nicht angewandt.

Status praesens: Im Bereiche des rechten und linken Schlüsselbeins findet man kleine runde Geschwülste, auf dem Sternum eine Reihe von Narben, die stellenweise mit der Haut verwachsen sind. An Stelle der linken amputierten Brust eine Reihe teilweise pigmentierter Narben. Auf dem Rücken im Bereiche der Schulterblätter sind ebenfalls wallnußgroße Geschwülste vorhanden und Narben in ziemlich großer Menge. Am rechten Schulterblatt lagert eine Gruppe isolierter Tuberkeln. Am rechten Schien-

Digitized by Google

bein ist eine typische gummöse Infiltration zu bemerken Vom klinischen Gesichtspunkt aus ist dieser Fall deshalb interessant, weil wir hier gleichzeitiges Bestehen einer großen Menge von Gummata (über 20) vor uns haben; andererseits ist er deshalb von Interesse, daß die Krankheit im Laufe von 10 Jahren nicht diagnostiziert wurde und hier augenscheinlich eine Verwechslung des gummösen Geschwürs mit einem Kankroidgeschwür stattgefunden hatte, soviel man darüber nach der Anamnese urteilen kann. Zuerst wurde das Geschwür vom Kinn entfernt und zum zweiten Male die Brust amputiert (Abb. 1). Die von uns angewandte spezifische Therapie ergab einen rapiden und sicheren Effekt.

Fall 2. Frau, 50 Jahre alt. Eintritt in die Klinik am 14. I. 1926. Klagt über Fußschmerzen. Von 9 Kindern sind vier gesund. Erkrankte vor 20 Jahren. Erst begann der Hals zu schmerzen, und danach erschienen die „Geschwüre"; kurze Zeit wurde die Kranke mit Einreibungen und „Trank" behandelt. In den letzten 3 Jahren bemerkte die Kranke, daß der linke Fuß stark an Umfang zunahm; ungefähr zu gleicher Zeit erschienen auf dem Gesicht „Knötchen", welche entweder resorbiert wurden oder Geschwüre bildeten.

Status praesens: Auf Stirn, Wangen, Nase, Nasen-Lippenfurche findet man Knoten von verschiedener Form, größtenteils isoliert gelagert und nur stellenweise in kleinen Gruppen, daneben Narben. Die große Menge der Tuberkeln verleihen dem Gesicht einen löwenähnlichen Ausdruck. Kleine Narben sind in großer Menge über den ganzen Körper ausgestreut, teilweise pigmentiert, teilweise depigmentiert.

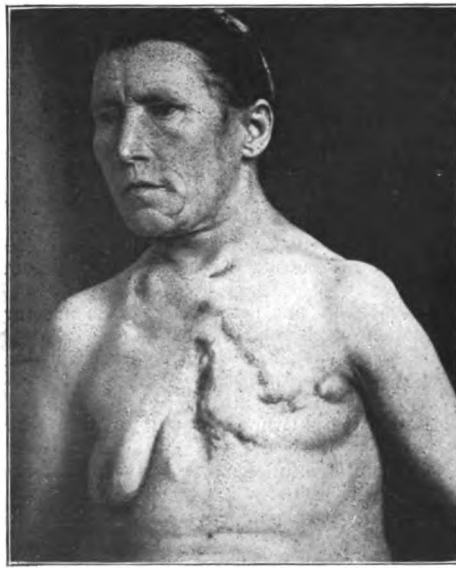


Abb. 1

Auf beiden Ellenbogengelenken, auf der vorderen seitlichen Fläche der rechten Mammae und auf der Dorsalfläche beider Hüften befinden sich Narben mit typischen Festonrändern. Der linke Fuß ist ziemlich stark, mehr als zweimal an Umfang vergrößert (Abb. 2, die photographische Aufnahme ist während der Behandlung gemacht worden, als man schon einen enormen therapeutischen Effekt vermerken konnte). Die Fußsohle hat keine bestimmte Form, die Zehen sind gar nicht zu sehen, und man erhält den Eindruck, als ob sie miteinander verwachsen sind; die Oberfläche der Fußsohle erinnert an Blumenkohl.

Die Elefantiasis beschränkt sich nicht auf die Sohle, sondern ergreift höher einen Teil der Hüfte. Auf der ganzen Fläche ist eine große Menge für das tuberkulöse Syphilid charakteristischer Narben vorhanden.

Es muß vermerkt werden, daß die Kranke im Laufe von 20 Jahren nur ein paar Einreibungen erhalten hat, und nur jetzt, wo sie völlig die Möglichkeit verloren hat, selbständig sich zu bewegen und sie die Geduld verlor, wandte sie sich an unsere Klinik.

Vom klinischen Gesichtspunkte aus ist dieser Fall ebenfalls von Interesse. Außer der hier angetroffenen ziemlich seltenen Komplikation der Gummigeschwüre der Elefantiasis muß noch vermerkt werden, daß dieser Fall sehr an Lepra tuberosa erinnert.

Fall 3. S. W., Mädchen, 32 Jahre alt. Trat im Dezember 1925 ein, klagte über Zerstörung der Nasen- und Unterkieferknochen. Die Kranke ist, ausgenommen der Salben und „Tränke", die sie hin und wieder gebrauchte, nicht kuriert worden, obgleich sie medizinische Hilfe öfters in Anspruch genommen.

Status praesens: Abb. 3. Auf Wangen, Nase, rechter Lippenfalte und einem Teile der unteren Lippe befindet sich eine kompakte ulzeröse Fläche, die stellenweise mit

Digitized by Google

dichten Krusten bedeckt ist. Fast alle Zähne der oberen Kiefer sind infolge ihrer Zerstörung ausgefallen. Die Nasenknochen fehlen.

Auf spezifische Therapie rasche Heilung.

Dieser Fall ist klinisch auch nicht ganz gewöhnlich, der abnormen Tiefe und Verbreitung des Prozesses wegen; von der „sittlichen" Seite muß das Fehlen einer rationellen Behandlung vermerkt werden, trotz der häufigen Konsultation von Ärzten.

Fall 4. A. G., 17 Jahre alt. Trat im Januar 1926 ein und klagte über Halsschmerzen und Geschwür auf der vorderen Fläche des unteren Drittels vom Schienbein (Abb. 4).

Status praesens: Allgemeine Konstitution infantil; zurückgeblieben nicht nur in physischer, sondern auch in psychischer Hinsicht. Am ganzen Körper zerstreut befinden sich Narben, die augenscheinlich nach spezifischen tiefen Läsionen verblieben sind. Schädel abnormer Form. Sattelförmige Nase, im Zentrum derselben eine erbsengroße Vertiefung; neben der Vertiefung eine ungefähr ebenso große nabelförmige Aushöhlung. Auf dem Nacken links, angefangen von der Mitte der Ohrmuschel nach unten ziehend, zieht zur vorderen Fläche des Halses eine breite Narbe, die die Bewegung im gewissen Maße behindert. Säbelförmige Krümmung der Beine, außerordentlich exquisit. Hutchinsonsche Zähne. Auf dem harten Gaumen eine gummöse Ulzeration.

Abb. 2

Abb. 3

Dieser Fall ist sehr demonstrativ für späte kongenitale Syphilis, seiner scharf ausgeprägten hereditären Stigmata wegen.

Fall 5 (Abb. 5). Jüngling, 17 Jahre alt. Trat am 9. III. 1926 ein. Die Anamnese ergibt, daß er etwa 10 Jahre krank ist, niemals eine rationelle Kur durchgemacht. Das erste Geschwür war am rechten Kniegelenk; sodann erschienen alljährlich Ausschläge an verschiedenen Stellen des Körpers.

Status praesens: Kranker von großem Wuchs, schwacher Konstitution, hält sich kaum auf den Füßen, sehr entkräftet. An Gesicht, Extremitäten und Stamm ein tuberoserpiginöses Syphilid.

Zur Illustration des Einflusses der Sitten und Lebensweise auf den Verlauf der Syphilis beschränke ich mich auf diese Fälle. Zur Ergänzung der klinischen Charakteristik der Syphilis bei uns auf dem Lande muß hinzugefügt werden, daß wir oft durch Gangrän komplizierte Gummigeschwüre antreffen. Diese Geschwüre verlaufen sehr heftig und wirken binnen kurzer Zeit stark destruktiv.

Digitized by Google

Das über die tertiäre Syphilis auf Grund unserer Materialien Gesagte kurz resumierend, muß also der besonders schwere Verlauf der Tertiarismuserscheinungen vermerkt werden, hauptsächlich im Zusammenhang mit der mangelhaften Behandlung. Es muß noch hinzugefügt werden, daß eine so scharf ausgedrückte Erscheinung der tertiären Syphilis wir früher nur in Orten zu sehen Gelegenheit hatten, in denen es an genügender qualifizierter Hilfe fehlte und wo die Bevölkerung sich ebenfalls auf niedrigem kulturellem Niveau befand. Im großen und ganzen ist der Verlauf der Syphilis solcher Art in den Kirgisensteppen des Gouvernement Astrachan, Persien und Arabien anzutreffen, wie das von uns schon früher berichtet wurde (M. J. Astrach., 1922, Nr. 1).

Abb. 4

In Erwähnung der Frage über die Klinik der tertiären Syphilis muß unterstrichen werden, daß bei allen von uns untersuchten Fällen trotz des schweren Zustandes der Kranken die Untersuchung des Zentralnervensystems und des Liquors keine Abnormität aufwies; obgleich wir im Zusammenhang mit der Lehre über Esophylaxie (Hoffmann) und dem Interesse, das der Frage über Korrelation zwischen der Haut und Nervensyphilis heutzutage entgegengebracht wird, dieser Seite der klinischen Untersuchung der Erkrankung unsere besondere Aufmerksamkeit geschenkt hatten.

Wir haben schon darauf hingewiesen, daß der Einfluß der Sitte auf den Verlauf der Syphilis in zwei Gruppen geteilt werden kann: die erste haben wir eben erläutert und gehen nun zur zweiten über. Wir erlauben uns an einer Reihe von Beispielen, die das Resultat einer bestimmten Lebensweise bilden, die Familiensyphilis zu illustrieren.

1. Familie. Der vermutliche Urheber der Syphilisinfektion der ganzen Familie befand sich als stationärer Kranker im Januar 1924 in unserer Klinik unter der Diagnose Lues II recidiva. Nachdem der Kranke eine Kur absolviert hatte, verschwand er. Die Erkrankung der ganzen Familie wurde im Januar 1926 entdeckt, als der Vater des Kranken zur Kur erschien und eine Familienregistration eingeführt wurde. Dann bestimmte man auch, daß schon im Juli 1925 die Frau des Kranken und seine zwei Kinder bei uns in Behandlung waren. Hierauf wurden alle Familienmitglieder geladen, und nun rechnen wir unter der Zahl der Kranken: Dorf Petrowa (Gouvern. Smolensk, Bezirk Moschtschino). 1. S. Johann, Krankengeschichte Nr. 2352, 33 Jahre alt. Aufnahme in die Klinik im Januar 1924. WR 4 +, Lues II recidiva (Angina papulosa. Condylomata lata, Lichen syphilit.). 2. S. Prochor, Vater, 45 Jahre alt. Trat im Januar 1926 in die Klinik. WR 4 +, Lues II recidiva. Papulae madid., Angina papulosa, Condylomata lata. (Nur der besonders schwere Zustand bewog ihn, die Klinik aufzusuchen.) 3. S. Helene, Johanns Frau, 30 Jahre alt. Wurde stationär im Juli 1925 aufgenommen. WR 4 +, Lues II recidiva, Papulae madid. labii majors, Angina papulosa. 4. S. Antonia, Johanns Tochter, 4 Jahre alt. Wurde zugleich mit Helene aufgenommen. WR 4 +,

Digitized by Google

Lues II recidiva. 5. S. Wladimir, Johanns Sohn, 1 Jahr alt. Trat ebenfalls mit Helene ein. Lues latens, WR 2 + (wiederholt). 6. S. Thimoteus, Prochors Sohn, 18 Jahre alt. Aufnahme im Februar 1926. WR 4 +, Lues recidiva, Angina papulosa, Condylomata lata. 7. S. Alexander. Johanns Sohn, $2^1/_2$ Jahre alt. Stationär nicht behandelt, wurde zur Besichtigung in die Klinik berufen. Objektiv nichts gefunden, WR 2 +.

2. Familie. Kreis Smolensk, Bezirk Monastyrschtschina, Dorf Schelkanowo. 1. Stephan T., Krankengeschichte Nr. 3031, 25 Jahre alt. Der vermutliche Urheber der Syphilisübertragung auf die Familie. Erkrankte im August 1925. Augenblicklich wird er stationär behandelt. Diagnose: Lues II recidiva, Papulae madidantes. WR 4 +. Alle Familienmitglieder wurden zwecks Besichtigung geladen; jedoch gelang es nicht, alle zur Beschau zu erhalten. Bei den Untersuchten aber wurde festgestellt: 2. Helene T., Stephans Schwester, 13 Jahre alt. Lues II recidiva, kuriert sich mit Hausmitteln (?). 3. Elias T., Stephans Bruder, 17 Jahre alt. Lues II recidiva, ebenfalls Hausmittelbehandlung. 4. Konstantin T., Stephans Bruder, 8 Jahre alt. Trotz genauester Besichtigung keine objektiven Anzeichen gefunden. WR +. 5. Marie T., Stephans Tochter, 2 Jahre alt. WR 2 +. 6. Wladimir, Stephans Sohn, 1 Jahr alt. Lues recidiva, Angina papulosa. Im Gegensatz zur ersten Familie wurde nur ein Mitglied derselben, das Haupt und Urheber der Syphilisverbreitung, stationär behandelt; alle anderen wurden zur Besichtigung herausgerufen.

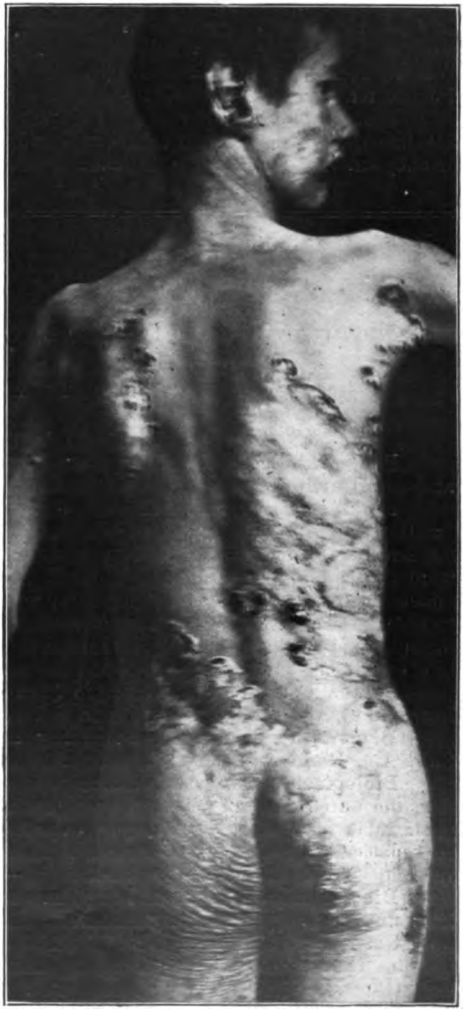


Abb. 5

3. Familie. Kreis Smolensk, Bezirk Grinewo, Dorf Poganowo. 1. Alexander Sch., Krankengeschichte Nr. 3032, 12 Jahre alt. Aufnahme in die Klinik im Februar 1926 mit der Diagnose: Lues II recidiva, Angina papulosa. Infolge unserer Weisung wurden alle anderen Familienmitglieder herangezogen. 2. Tit Sch., Alexanders Vater, 45 Jahre alt. Bei Besichtigung scheinbar gesund. WR +. 3. Martha Sch., Alexanders Mutter, 45 Jahre alt. Lues II recidiva, wird in einer anderen Krankenstelle behandelt. 4. Katherine Sch., Tits Tochter und Stephan T.'s Frau, 21 Jahre alt. Nr. 1 aus der 2. Familie. Lues recidiva, Angina papulosa. Sehr möglich, daß gerade diese Kranke die Überträgerin der Syphilis aus der 2. Familie in die 3. Familie ist. 5. Wasili Sch., Tits Sohn, 18 Jahre alt. Lues latens. Wird in einer Dorfambulanz behandelt. 6. Anastasia Sch., Tits Tochter, 14 Jahre alt. Lues II recidiva, Angina papulosa. 7. Eudoxie Sch., Tits Tochter, $1^1/_2$ Jahr alt. Lues recidiva, Angina papulosa. Mit Hausmitteln behandelt. Die anderen Familienglieder: 8. Gregor Sch., 19 Jahre alt, 9. Makarius Sch., 15 Jahre alt und 10. Helene Sch., 17 Jahre alt, wurden bei Besichtigung scheinbar gesund gefunden. Wie schon bemerkt, ist hier die Vermutung sehr wahrscheinlich, daß die beiden letzten Familien eine Infektionsquelle

Digitized by Google

haben, und nur durch Ladung aller Familienmitglieder gelang es uns, den Knäuel zu entwirren, der in einem Bezirk begann und im anderen endete. Ich führe hier noch eine Familie an, in der eine zur Ambulanz erschienene Bäuerin den Faden zum Entwirren eines solchen Knäuels lieferte, wenngleich auch dieses nicht völlig gelang und die Infektionsquelle leider nicht entdeckt wurde.

4. Familie. Kreis Smolensk, Bezirk Katyn, Dorf Debri. 1. Witaly D., Krankengeschichte Nr. 2886, 26 Jahre alt. Lues II recidiva. 2. Malanja D., Witalys Mutter, 55 Jahre alt. Lues II recidiva. 3. Eudoxie D., Witalys Schwester, 27 Jahre alt. Lues II recidiva. 4. Natalie D., Witalys Tochter, 1 Jahr alt. Lues II recidiva. 5. Marie D., Witalys Tochter, 5 Jahre alt. Lues II latens. WR 2+. 6. Michail D., Witalys Sohn, 7 Jahre alt. Lues latens. WR+.

Zum Schluß muß hervorgehoben werden, daß die oben angeführten 4 Familien, die teilweise binnen kurzer Zeit die Klinik passierten, bei weitem nicht alles Material erschöpfen, mit dem wir die Familien-Sittensyphilis illustrieren könnten.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Zeitschrift für Urologie

1926, Bd. 20, H. 11

Pyelographische Studien über Bewegungen der Niere, des Nierenbeckens und der Harnleiter, von K. Scheele, Chir. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 801.

Die Elektrotherapie bei Komplikationen der Gonorrhoe, von S. Kabatschnik, Staatl. Vener. Inst. Moskau. S. 808. Die Methoden der elektrotherapeutischen Prozeduren müssen bei blennorrhoischen Komplikationen allen unseren Heilmethoden vorgezogen werden. Die Iontophorese ist bei der Behandlung der bereits organisierten Komplikationen angezeigt. Die Diathermie kann sowohl bei chronischen wie auch bei akuten blennorrhoischen Komplikationen angewandt werden. Die Iontophorese und die Diathermie sind wissenschaftlich begründete Heilmethoden, mit denen man bessere Resultate erzielt, als mit den übrigen Wärmeprozeduren.

Zystoskopie und Gastroskopie (Neue Gesichtspunkte aus der Mechanik der Bewegung), von W. Sternberg-Berlin. S. 817.

Überraschende operative Heilung eines Blasendivertikels, von K. Propping, Chir. Abt. Diakonissenhaus Frankfurt a. M. S. 827.

Biologische Tripperbehandlung, von M. Porosz-Budapest. S. 829. Die Reaktion, die durch den Gonokokkus hervorgerufen wird, muß gesteigert werden, so weit es geht. Man muß stärkere Lösungen einspritzen. Die mit Toxinen vergifteten, mit Gonokokkenablagerung angefüllten kranken Epithelzellen müssen abgestoßen und entfernt werden. Verf. empfiehlt Nitrogensäure $^1/_2$—$2\,^0/_0$ig, die vollkommen schmerzfrei ist.

Die Neosalvarsanbehandlung der akuten und chronischen Zystitis und Pyelitis und der sogenannten terminalen Hämaturie bei Gonorrhoe, von A. Marchionini, Univ.-Hautkl. Freiburg i. Br. S. 838. Akute und chronische Erkrankung der Blase und des Nierenbeckens wurden durch intravenöse Neosalvarsaninjektionen schnell geheilt (Dosis I—III ev. IV). Ebenso gute Erfolge erzielte Verf. bei postblennorrhoischen Zystitiden und Pyelitiden, speziell bei terminaler Hämaturie bei Blennorrhoe, bei manchen Formen von Koliinfektion und Protozoenzystitis. Unbeeinflußt bleiben tuberkulöse Zystitis und Zystitiden sonstiger unklarer Ätiologie. Gegenindikation sind Störungen des Kreislaufs.

Beitrag zur Behandlung der Blasengeschwülste, von H. Maier, Chir. Kl. Dtsch. Univ. Prag. S. 846.

1926, Bd. 20, H. 12

Über den Wert der Xanthoproteinreaktion für die Beurteilung der Nierenschädigung bei chronischer Harnstauung, von Boeminghaus, Chir. Kl. Halle a. S. S. 881.

Digitized by Google

Über Infektion der Harnorgane durch Influenzabazillen, von R. Oppenheimer, Frankfurt a. M. S. 884. In einem Falle chronischer Pyelonephritis wurden im stark eiterhaltigen Urin Gonokokken und Influenzabazillen gefunden, ohne daß die Patientin sich ihrer Blennorrhoe bewußt ist, noch nach ihren Angaben jemals mit Wissen eine Grippe durchgemacht hat. Örtliche Behandlung ohne Erfolg, daher operativer Eingriff, nach welchem ernste und langwierige Lungenkomplikationen auftraten; letzteres zeigt, daß es sich bei chronischer Infektion der Harnorgane durch Influenzabazillen um eine nicht leicht zu bewertende Erkrankung handelt. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

The Urologic and Cutaneous Review

Dezember 1926, Bd. 30, Nr. 12

Cystocele. (With a Report of a Case of Primary Cystocele Operation) (Zystozele. Mit Bericht eines Falles von primärer Zystozelenoperation), von J. L. Bubis-Cleveland, Ohio. S. 705. Zystozele ist gewöhnlich Folge einer Entbindung; begünstigend wirkt angeborene oder auf erschöpfenden Krankheiten beruhende Schwäche der Fascia pubovesicalis. Eine befriedigende Behandlnug ist nur die operative.

Acute Syphilis with Negative Serology (Frische Syphilis mit negativem Blutbefund), von A. H. Brooklyn, N. Y. S. 706. In dem beschriebenen Falle war kein deutlicher Primäraffekt dagewesen, das mit Jucken einhergehende, unspezifisch erscheinende Exanthem hatte, besonders da keine allgemeinen Drüsenschwellungen nachweisbar waren und die WR zweimal negativ ausfiel, die Diagnose nicht stellen lassen. Später fiel die WR positiv aus. Ihr negativer Ausfall wird mit Alkoholgenuß in Beziehung gebracht.

Large Ureteral Calculi. Case Report (Große Harnleitersteine. Bericht eines Falles), von W. T. Briggs-Lexington, Ky. S. 708.

Gonorrhea in Pregnancy (Tripper in der Schwangerschaft), von E. V. Davis-Chicago, Ills. S. 710.

Eclampsia (Eklampsie), von T. M. Burns-Denver, Colorado. S. 713.

Urologic Miscellany (Urologische Kleinigkeiten), von Wm. W. Cook-Chicago, Ills. S. 717. 1. Urologische Sterilität. Als Ursache der Sterilität der 2jähr. Ehe wurde Hypospadie mit Öffnung der Harnröhre an der Basis des Penis festgestellt, die der Pat. bis dahin verheimlicht hatte. Nach Operation baldige Gravidität. 2. Die Harnröhre als Brutstätte. Bei einem wegen Hypospadie operierten Knaben hatte eine Fliege ihre Eier anscheinend in ein an der Wunde haftendes Eitertröpfchen deponiert und es fanden sich in ihr die Maden. 3. Zweigeteilte Harnröhre. Sehr breite Glans mit doppelter Harnröhrenmündung, von der 2 Kanäle ausgehen, die sich $2^1/_2$ cm hinter der Glans vereinigen. 4. Mißbildung von Harnröhre und Scheide. Einmündung der Harnröhre in die Scheide, von der nur das untere Drittel als Blindsack besteht; im übrigen Atresie, rudimentäre Entwicklung von Uterus und Ovarien. Ehemann nimmt sich unmittelbar nach der Hochzeit das Leben; nach späterer Operation zum zweiten Male verheiratet, Koitus möglich. 5. Fünf Brüder mit außerordentlich kleinen äußeren Sexualorganen, Penis von der Länge wie bei 6—8jähr. Knaben. Außerdem Erscheinungen verschiedenartiger Nierenaffektionen. 6. Eine grausame Amputation. 1jähr. Knabe, dem von der 10jähr. Schwester der Penis abgeschnitten worden war. Glatte Wundheilung; später Ansetzen eines künstlichen Penis, mit dem Koitus möglich. 7. Psychisches Harnlassen. Vor Jahren unwillkürliches Harnlassen infolge heftigen Schreckens bei einem Donnerschlag; seitdem bei plötzlichen starken Geräuschen wiederholt. 8. Ein weiblicher Ehemann. Bei dem plötzlichen Tode eines zweimal verheiratet gewesenen angeblichen Mannes, dessen beide Frauen nichts Auffallendes bemerkt hatten, stellte sich heraus, daß es sich um eine Frau handelte. In ihrem Nachlaß fanden sich vollständige künstliche männliche Genitalien.

A Urethrotome for Use with the Cystoscope (Ein Urethrotom zum Gebrauch im Zystoskop), von J. N. V. Veer und J. E. Heslin-Albany, New York. S. 720. Das durch Abbildungen erläuterte Instrument ist für den unteren Abschnitt des Harnleiters und besonders für das Orifizium bestimmt.

A Combination Irrigating and Illuminating Stand for Cystoskopic Work (Ein kombinierter Ständer zur Irrigation und Beleuchtung bei der Zystoskopie), von G. F. McKim und P. G. Smith-Cincinnati, Ohio. S. 720. Abbildung. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Journal d'Urologie

1926, Bd. 22, Nr. 5

Réponse à MM. Paulesco, Marza et Trifu (Erwiderung auf Paulescos, Marzas und Trifus Arbeit), von L. Ambard-Straßburg. S. 353. Paulescos Gesetze stimmen nicht überein mit den Ergebnissen der großen Mehrzahl der Autoren. Mit ihnen müsse sich Paulesco erst in Einklang setzen, bevor er behaupte, daß Chabanier und Ambard unrecht hätten.

Les lois d'Ambard sont-elles erronées? (Stimmen die Ambardschen Gesetze?), von J. Goldberger-Karlsbad. S. 359. Die Ambardsche Konstante drückt trotz ihrer Mängel mit genügend gutem Annäherungswert die Verknüpfung aus, die die zwischen dem Harnstoff des Blutes und dem, der durch die Nieren ausgeschieden wird, so daß sie als Maßstab für die Harnstoffausscheidung dienen kann. Die Methode ist einfach und die praktische Brauchbarkeit erweist sich als besonders wichtig bei den chirurgischen Nierenerkrankungen.

Sur la question de l'ablation totale de la vessie dans les cas de tumeurs malignes (Über die Frage der totalen Blasenabtragung bei malignen Tumoren), von S. P. Fedoroff. S. 370. Fedoroff befürwortet bei malignen Tumoren der Blase deren Totalexstirpation nach vorheriger Transplantation der Ureteren. Er operiert möglichst frühzeitig. Der Ableitung der Ureteren folgt nach 2—3 Wochen die Abtragung der Blase. Spätere Todesursachen sind meist aufsteigende Pyelitis oder Pyelonephritis und Rezidive des Tumors im Operationsgebiet. 12 Fälle. Bericht besonders über einen Arzt, bei dem nach Tumoroperation mittels Sectio alta wegen eines Geschwürs in der Blase die Ureteren in die Bauchhaut eingepflanzt wurden. Bei der späteren Eröffnung der Blase erwies sich diese als gesund, so daß von einer Abtragung abgesehen wurde. Der Pat. genas und arbeitet jetzt nach 2 Jahren weiter in seinem Beruf. Er trägt ein Urinal. Wahrscheinlich hatte es sich um ein heilendes Radiumulkus gehandelt. Daß er mit Radium behandelt worden war, hatte der Pat. anzugeben vergessen.

Rapports entre les caractères histologiques et la mortalité post-opératoire des tumeurs de la prostate de la vessie et du rein (Beziehungen zwischen den histologischen Befunden und der postoperativen Sterblichkeit bei Tumoren der Prostata, der Blase und der Niere), von A. J. Scholl und J. Verbrugge-Antwerpen. S. 379. 1. Prostatatumoren: Weniger bösartiger Krebs nähert sich histologisch mehr dem normalen glandulären Typ; schwerer Krebs zeichnet sich durch Massen nichtdifferenzierter Zellen aus. 2. Blasenkrebs: Von weniger bösartigem Typ sind die malignen Papillome, die die Charakteristika der Blasenschleimhaut und der benignen Papillome bewahrt haben; schwere Form: Carcinoma solidum. 3. Nierentumoren: Papillomatöse Adenokarzinome entsprechend den Hypernephromen, verschiedene Typen von wechselnder Schwere; alveoläre Karzinome von besonderer Bösartigkeit. Die Prognose hängt neben dem Grade der Bösartigkeit auch ab von der Schwierigkeit oder Leichtigkeit, mit der die völlige Exstirpation gelingt.

Anesthésie épidurale et anesthésie sacro-lombaire en urologie (Epidurale und sakro-lumbale Anästhesie in der Urologie), von St. Laskownicki-Lemberg. S. 390. Die epidurale Anästhesie bewährt sich bei endovesikalen Operationen, sie genügt aber z. B. nicht, um eine völlige Unempfindlichkeit der Prostata zu erzielen. Für größere Operationen empfiehlt sich die sakro-lumbale Anästhesie, die bei sachgemäßer und vorsichtiger Anwendung nur geringe Gefahren bietet. Sie eignet sich vor allem für die großen Operationen in der Umgebung der Blase. E. Sklarz-Berlin.

Russkij Westnik Dermatologii

1927, Bd. 5, Nr. 1

Ein Fall von Pityriasis rubra Hebrae mit ungewöhnlichem Verlauf, von W. Pospelow und Krupnikow †. Der 38jähr. Kranke leidet seit 10 Jahren an Pityriasis rubra. Die Krankheit begann unter Bildung ovaler, erythematöser, mit silberglänzenden Schuppen bedeckter Flecken und zeigte früh die Tendenz zur Hautatrophie. Unter allmählicher Ausbreitung und Konfluenz der Flecke kam es schließlich zu einer universellen Pityriasis rubra Hebrae, wobei das Allgemeinbefinden die ganze Zeit über ein befriedigendes war und die Haare und Nägel normal blieben. Es besteht eine Hypofunktion der Schilddrüse und der Hypophysis.

Digitized by Google

Seltener Fall von metastatischem Hautkrebs (Lymphbahninfarkt Unna), von Petschnikoff. Bei einem 29jähr. kräftigen Schlosser kam es im Laufe von 6 Monaten im Anschluß an einen Magenkrebs zu ausgebreiteten Krebsmetastasen der Haut auf dem Halse, der Brust, Bauch, Rücken und rechtem Knie. Die Knoten hatten keine Neigung zur Ulzeration. Einen Monat vor dem Tode kam es zu einem Hautödem. Die Autopsie ergab eine Ausbreitung des Krebses genau entsprechend den Lymphwegen, ohne irgend einen destruierenden Einfluß auf die benachbarten Gewebe.

Syphilis und Gravidität, von B. Heft. Bei 344 unbehandelten Syphilitikerinnen kam es während der Schwangerschaft in 7,3% zu teils klinischer, teils serologischer Aktivierung der Syphilis. Bei unbehandelter Syphilis wurden in 12% der Fälle scheinbar gesunde Kinder geboren, während bei behandelter Syphilis deren Anzahl auf 79% stieg. Infolgedessen bietet die Syphilis, bei Behandlung während der Gravidität, keinen zwingenden Grund zum Abort, wohl aber, wenn keine Behandlung vorgenommen werden kann.

Einige Daten zur Charakteristik der Syphilis unter den Bewohnern des Demidowschen Kreises des Gouvernements Smolensk, von Tapelzon. Der Demidowsche Kreis gehörte stets zu einem der am stärksten durch Syphilis verseuchten. Obgleich die Anzahl der ambulatorischen Syphilitiker bedeutend in den letzten Jahren zurückgegangen ist, wagt Verf. kein abschließendes Urteil zu geben; muß aber bestätigen, daß die Syphilis nach wie vor dort eine solche der Unschuldigen ist und vorwiegend die Frauen betrifft.

Die physiologische Wirkung der Mazestathermen auf die Haut und bei einigen Hauterkrankungen, von A. Lawrow. Das in der Nähe von Sotschi im Kaukasus gelegene Schwefelbad Mazesta übt eine vorwiegende Wirkung auf die Vasodilatatoren aus und ruft eine Erhöhung der Hauttemperatur bis 3° C hervor. Heilwirkungen bei Psoriasis vulg., chron. Ekzem und anderen Hautkrankheiten.

Die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Injektionen von Jodnatriumlösung, von Torssuew. Durch intravenöse Injektionen von 5—15%iger NaJ-Lösung, jeden 2. Tag, in allmählicher Steigerung zu 2—3—5, ja bis 10,0 reines Jod erzielte Verf. sehr günstige Resultate bei gummöser Syphilis.

Zur Frage der intravenösen Injektion von Jodkalilösung bei gummöser Syphilis, von J. Lewin. Nach theoretischer Berechnung der zulässigen Dosis wurde reines KJ, allmählich steigend, bis zu 3, ja 6,0 intravenös injiziert und von 6 Kranken gut vertragen, der 7. Kranke starb plötzlich nach bloß 1,6 KJ. Bei der Sektion ergab sich ein Thymus perstans.

Ein Fall von disseminierter Hautkarzinomatosis, von A. Popowa-Blum und Schamschin. Ausgebreitete Hautkrebsmetastasen im Anschluß an ein Adenokarzinom der Gebärmutter.

Ein Fall von spontaner, vollständiger Amputation des Penis nach Gumma, von Gielmann.

Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Hautkrankheiten mit ultravioletten Strahlen, von W. Sucharew. A. Jordan-Moskau.

Venerologia und Dermatologia. (Russisch)

1927, Nr. 1

Zum fünfjährigen Jubiläum des staatlichen venerologischen Instituts in Moskau, von Bronner.

Die frühzeitige Erbsyphilis nach dem Material der geburtshilflichen Klinik in Kasan in der Zeit von 1900—1926, von Jellin. Von 5257 Geburten wiesen 74 Fälle, d. h. 1,4%, klinisch für Syphilis höchst verdächtige Zeichen auf.

Zur Kasuistik der Reinfektion und der Superinfektion, von Kedroff. Ein Beispiel der ersteren und 2 der zweiten Infektion.

Zur Kasuistik der Lungensyphilis, von A. Schatiloff. Die Erkrankung des mittleren Lappens der rechten Lunge bei einem 17jähr. Mädchen, bei Fehlen aller Zeichen von Tuberkulose, gab Veranlassung, an Syphilis zu denken, was durch die positive WR und den günstigen Erfolg einer spez. Kur bestätigt wurde.

Zum Studium der Reaktion Fahraeus in der Dermatologie, von A. Ssuchoff. Bei einer 54jähr. Frau mit Vitiligo und chronischer Nephritis fiel die Fahraeusreaktion

Digitized by Google

der beschleunigten Erythrozytensenkungsgeschwindigkeit stark positiv aus, so daß Verf. die Vitiligo auf Störungen der Hormone zurückführt.

Gastrophilomiasis (Creeping disease), von A. Seliski. Beschreibung eines einschlägigen Falles mit Nachweis des Gastrophilus haemorrhoidalis im Schnitt.

Ein Fall von epidemischer Verbreitung der Impetigo bullosa, von Eletzky. Erkrankung von 14 unter 35 Kindern eines Heims an Impetigo bullosa.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis bei einem 4jähr. Kinde, von Chaldejew.

Über die Behandlung des Trippers beim Manne mit Gonokokkenvakzine, von G. Popoff. Von 24 Kranken mit frischem Tripper, die lokal mit Gonokokkenvakzine behandelt wurden, kam es in 5 Fällen zu einem Schwund der Blennorrhoe.

Zur Frage der experimentellen Mikrosporie, von S. Fried. Versuche an Mäusen und Ratten versagten, fielen dagegen bei Meerschweinchen und Kaninchen in 100% positiv aus. Am besten bewährte sich die Methode der Einreibung des Materials in eine rasierte Partie der Haut. Bereits nach 5 Tagen traten krankhafte Herde auf, die 14—45 Tage andauerten. Von 17 wiederholt geimpften Tieren kam es nur bei einem Fall zu einer charakteristischen Mikrosporie, in 4 Fällen zum Nachweis pilzartiger Myzelien in den Schuppen, in 12 Fällen jedoch konnten keine Pilzelemente nachgewiesen werden.

Augenblicklicher Standpunkt über die Entwicklung der Syphilis auf dem Lande und zur Frage einer standardisierten Behandlung derselben, von Rossianski. Da die Syphilis unter der ländlichen Bevölkerung die Neigung hat zuzunehmen, empfiehlt Verf. jedem Syphilitiker im kondylomatösen Stadium mindestens eine, womöglich zwei kombinierte Kuren durchzumachen, wobei zu jeder Kur 5,0—6,0 NS für Männer und 4,5—5,0 NS für die Frauen in Anwendung kommen müssen.

Die Bekämpfung der Syphilis unter der kirgisischen Bevölkerung des Astrachanschen Gouvernements, von Paschalow. Unter 6371 auf Syphilis untersuchten Personen erwiesen sich 1121, d. h. 17,6%, infiziert.

Die venerischen Krankheiten unter den Angestellten des Transports zu Wasser, von A. Lawrow. Die Untersuchung der Transportangestellten auf dem Asowschen Meer und im Donkubangebiet ergab Vorkommen von Syphilis in 9%, von Tripper in 36,6% und von Ulcus molle in 4%. A. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen

Zur sexuellen Hygiene in Sowjet-Rußland, von H. Haustein. (Abhandl. a. d. Gebiete der Sex.-Forschung. Bd. 5, H. 1. Preis 2 M. A. Marcus & E. Webers Verlag. Bonn 1926.) Ils kleine Schrift berichtet über die Fortschritte, die auf den kulturpolitischen Gebieten der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution, der Ehelizenz, der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft u. a. mindestens angestrebt und ohne die Hemmungen der alten Kulturländer mit ihrem Evolutionsprinzip auch schon durchgeführt werden. Der Verf. hat an Ort und Stelle geweilt. Das Gesundheitsministerium will die Prophylaxe pflegen, die durch allgemeine Sanierungsmaßnahmen die Gesundung der Gesamtbevölkerung durch Verbesserung der sanitären Zustände erreichen soll. Mit der Fürsorge um die Gesundheit der werdenden Mutter beginnt sie. Die Sowjetmedizin trägt aber einen Klassencharakter, weil die Sowjetordnung die Organisation der Diktatur des Proletariats ist. Die Arbeiterklassen sind die bevorzugten, sie genießen kostspielige Behandlungen, die — nur nicht unentgeltlich — den anderen Volksschichten auch zur Verfügung stehen. Ohne allen Unterschied kommt die allgemeine medizinische Versorgung, die für die Behandlung der Geschlechtskrankheiten fast ausschließlich in Frage kommt, der Gesamtbevölkerung zugute. Der deutsche Sozialhygieniker empfängt aus Hausteins Arbeit viel Anregungen von ganz großem Ausmaß. E. Delbanco-Hamburg.

Anleitung zur Diathermiebehandlung, von G. Bucky-New York. (2. Aufl. Preis Rm. 6,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin 1927.) Die 2. Auflage dieser vornehmlich dem praktischen Gebrauch dienenden Anleitung zur Diathermiebehandlung wurde durch äußere Umstände am rechtzeitigen Erscheinen verhindert. Auch heute noch nimmt die Diathermie, trotz der großen Anzahl neuer Anhänger nicht den ihr gebührenden Platz ein. Gerade deswegen muß das Bestreben dahingehen, die allerdings leicht erlernbare Technik noch weiter zu vereinfachen. In diesem Sinne hat Verf. Verdienste aufzuweisen, indem er das Gewicht langjähriger praktischer Erfahrung

Digitized by Google

in dem Streit über die Notwendigkeit der „feuchten" und die Zulässigkeit der „trockenen" Elektroden zugunsten der letzteren in die Wagschale wirft. Die Art der Anlegung der Elektroden ist an zahlreichen Abbildungen für die verschiedenen Körperteile eindeutig illustriert. Bezüglich der Stromstärke bei der Behandlung hat Bucky von den kleineren Stromstärken nichts Wesentliches gesehen, außer bei stark suggestiblen Patienten. Demgegenüber konnte Ref. feststellen, daß z. B. bei der Herzdiathermie eine Stromstärke von 0,5 Amp. in manchen Fällen eine allzu starke reaktive Ermüdung, selbst bei einer Anwendungszeit von nur 10 Minuten, im Gefolge hatte. Führt man, wie Ref., die Allgemeinwirkung der Diathermie wesentlich auf eine Beanspruchung der Nebennieren zurück, so wird man es nicht wie Bucky eigenartig finden, wenn die wiederholte Behandlung innerhalb von 24 Stunden ohne großen Effekt blieb. Sehr praktisch ist der Abschnitt: Spezielle Behandlungsmethodik, der zum Schluß die hauptsächlichsten Indikationen aufführt. Es folgen die Kontraindikationen, die Schädigungen durch Diathermie und ihre Behandlung. In einem Anhang wird die chirurgische Diathermie abgehandelt. Wenn Bucky in der nächsten Auflage den deutschen Ärzten etwas mehr aus dem Lande seiner gegenwärtigen Wirksamkeit, wo gerade die chirurgische Diathermie eine ungleich größere Bedeutung hat, vermitteln wollte, würde er sich das Lob, welches die vorliegende Arbeit verdient, in noch höherem Maße erwerben. J. Kottmaier-Mainz.

Vererbung und Geschlechtsleben. Vierteljahrsschrift mit besonderer Berücksichtigung des Sexualrechts und der Sexualpädagogik, herausgegeben von Aug. Forel und F. Dehnow. (Verlag R. A. Giesecke-Dresden.) Es liegt nunmehr die 2. Nummer dieser Zeitschrift vor, welche seit Erscheinen des 1. Heftes in einen anderen Verlag übergegangen ist. Die Gründung dieser Vierteljahrsschrift ist ein verdienstvolles Unternehmen und die Mitarbeiterschaft von Gruber, Forel, Ostwald, Gaupp — um nur die hervorragendsten zu nennen — verbürgt ihr einen dauernden Bestand und einen großen Leserkreis. Die erste Nummer enthielt folgende Aufsätze: Unfruchtbarmachung erblich Minderwertiger von Boeters und Dehnow, Geschlechtliche Aufklärung eines Siebenjährigen von Winter, Gedanken über Zuchtwahl von Forel, Geschlechtliche Verlegenheiten der Jugend von Meissner, Das erotische Schicksal im Wandel der Dichtung von Beaulieu, Sexuelle Volkskraft von Hessen, Pädagogik und Mißpädagogik im Jugendgefängnis, Homosexualität und Recht von Hirschfeld, Russisches Ehe-, Familien- und Sexualrecht, Krieg und Rassenhygiene, Über Robert Hessen, Buchbesprechungen. Das vorliegende Heft enthält auch einen Aufsatz über Sexualität und Eugenik von dem verstorbenen Müller-Lyer. In dem gleichen Heft hat Ostwald sich über die Homosexualität geäußert, von Gruber über die Erscheinung der Geburtenbeschränkung. Geistvolle Referate zum größeren Teil aus der Feder des vielbelesenen Dehnow und Forel führen tief ein in die neueren rassehygienischen und erbbiologischen Probleme und die Mysterien des Geschlechtslebens. Mögen die „Aufbauzwecke" der anregenden Zeitschrift sich erfüllen.

E. Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur

Maligne Neubildungen

Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Krebsdisposition, von J. v. Borza und B. Melly, Urol. Univ.-Kl. Budapest. (Virch. Arch., 1926, Bd. 262, H, 1, S. 275.) Da die bisher angestellten Versuche, durch Teerbepinselungen Epitheliome zu erzeugen, nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle zu einem Resultat geführt haben, mußte man an eine gewisse „Rassefamilien individuelle Lokaldisposition" denken. Diese wird neben anderem in der Disposition gesehen, die ihrerseits vom Blutdrüsensystem stark abhängig ist und somit eine Beziehung zwischen Krebs und innerer Sekretion bestehen läßt. Versuche in dieser Richtung sind bereits angestellt, dagegen ist das Teerkarzinom in Verbindung mit Inkreten nur von einem Forscher (Seel) studiert. Diese Kombination zum Studium der Krebsdisposition haben nun diese Forscher an weißen Mäusen angewandt, die, neben den Teerpinselungen, in fünf Gruppen eingeteilt, mit 1. Adrenalin, 2. Glanduitrin, 3. Testikulin, 4. Extract. tyreoid. 2—3mal wöchentlich gespritzt wurden, während die 5. als Kontrollgruppe, nur Teerpinselungen erhielt. Von 35 Versuchstieren überlebten 27. Es zeigte sich, daß bei der Darreichung von Hormonen die Tiere zur Entstehung des Krebses weitaus empfindlicher gemacht wurden,

Digitized by Google

in bezug auf die Zeit der Entstehung sowie quantitativ und qualitativ, ohne daß mit dieser Arbeit eine Entscheidung der Frage, welche Hormone oder welche Veränderungen (Hypo- oder Hyperfunktion) die größere Verantwortung für die Entstehung der Krebse tragen, herbeigeführt worden wäre. Dies soll späteren Untersuchungen vorbehalten bleiben. D. M. Loewenstein-Bad-Nauheim.

Zur Behandlung der Basalzellenepitheliome, von L. Loewenstein, Derm. Abt. Rud.-Virchow-Krkh. Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 2, S. 53—55.) Das Basalzellenepitheliom gilt im allgemeinen als höchstrahlenempfindlich, so daß die radiologische Behandlung hier der chirurgischen gegenüber als Methode der Wahl betrachtet wird. Der hier beschriebene Fall verhielt sich jedoch Radiumbestrahlungen gegenüber refraktär und mußte operiert werden. E. Levin-Berlin.

Tumeur du cœur dans un cas de mycosis fungoide (Herzgeschwulst in einem Falle von Mycosis fungoides), von J. Darier-Paris. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 2, S. 33 bis 34). Bei der Sektion eines unter den Erscheinungen von Herzschwäche zugrunde gegangenen Kranken mit ausgebreiteter Mycosis fungoides fanden sich im Herzen multiple Tumoren von weicher Konsistenz, die histologisch ein adenoides Gewebe aufwiesen. Sie hatten das Muskelgewebe verdrängt. Auffallend war, daß die Tumoren sich nicht nach dem Perikard zu, sondern in das Innere der Ventrikel hinein entwickelt hatten.
E. Levin-Berlin.

Mund und Nase

Isolierte Dermatosen der Mundschleimhaut, von E. Zurhelle-Bonn. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 21, S. 9/10, H. 545.)

Sur une „Mycose" isolée de la langue d'un malade. „Penicillium linguae" (genre Scopulariopsis) (Erreger einer Zungenerkrankung. „Penicillium linguae"), von A. Panayotaton-Alexandrien. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 101, H. 4/5, S. 231.) Verf. beschreibt einen bisher noch unbekannten Erreger, den er aus einer Zungenaffektion isoliert hat. Der Pilz gehört zur Gruppe Penizillium und ist für Ratten sehr stark pathogen. F. Harry-Wiesbaden.

Treatment of Carcinoma of the Tongue by Radio-Diathermy (Behandlung des Zungenkarzinoms mittels Radiumdiathermie), von W. Milligan. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3440, S. 1092.) Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen an 812 Fällen von Mundkarzinomen am Radiuminstitut Manchester zu dem Ergebnis, daß bei operablen Fällen rein chirurgisch mit Ausräumung der regionären Lymphdrüsen vorgegangen werden soll; erst im Anschluß daran hält er Bestrahlung für angebracht. Bei Fällen an der Grenze der Operabilität soll man versuchen, den Tumor mittels Schneidbrenners zu entfernen oder mittels Elektrokoagulation zu zerstören. Inoperable Zungenkarzinome werden mit Radiumröhrchen gespickt. Mitunter gibt eine Kombination von Koagulation und Spickmethode gute Ergebnisse. Bei Frühfällen sollen nur die Lymphdrüsen der befallenen Seite exstirpiert werden, in fortgeschrittenen Fällen die Drüsen beider Seiten. Stets soll postoperativ bestrahlt werden entweder mittels Implantation der Röhrchen in das Drüsengebiet oder durch Auflegen auf die Haut oder auch mittels Röntgen. Erkrankte Drüsen sind nicht vor der Operation zu bestrahlen. Der Schneidbrenner bietet vor dem Messer bei Entfernung eines Zungengewebes viele Vorteile (keine Blutung, langsame Koagulatien der Gewebe). Von 812 Patienten verschwand bei 51 der Primärtumor vollständig, davon waren 41 mittels filterloser Radiumröhrchen bestrahlt worden
W. Curth-Berlin.

Chronic (Streptococcic) Hypertrophy of the Lower Lip (Chronische Hypertrophie der Unterlippe infolge von Streptokokken), von L. G. Beinhauer-Pittsburgh, Pa. (Med. J. and Record, 1926, Bd. 124, Nr. 12, S. 755—756.) Die Erkrankung wird durch traumatische Reizungen der Lippen begünstigt; auch Infektionsherde an Zähnen, Nase, Tonsillen spielen bei der Entstehung eine Rolle. Der chronische Verlauf kann durch akute Exazerbationen unterbrochen werden. Die Lippe erscheint rot, geschwollen, weich, nach außen umgestülpt mit glasierter, leicht trockener Schleimhaut, an der die Eingangspforte der Infektion oft zu sehen ist. Der Zustand wird auch als Elefantiasis, chronische Lymphostase, Makrocheilie, chronische Hypertrophie bezeichnet. Die Behandlung ist außerordentlich undankbar, chirurgische Maßnahmen haben gewöhnlich auch nur vorübergehenden Erfolg. In den akuten Exazerbationen sind wiederholte Einspritzungen autogener Vakzine angebracht und dann unter Umständen auch von Einfluß auf den weiteren Verlauf. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Zur Frage der „Agranulozytose", von H. Chiari und F. Redlich, Path. Anat. Univ.-Inst. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 52, S. 1510.) Eine 60jähr. Frau erkrankt mit Schüttelfrost, hohem Fieber und nekrotischer Angina. Im Blut finden sich nur 2000 Leukozyten, worunter keine polynukleären im Ausstrich sichtbar sind. Die Sektion ergibt eine Streptokokkensepsis und vollständiges Fehlen aller polynukleären Leukozyten im Gewebe. Im roten Knochenmark sind reichlich kernhaltige rote Blutkörperchen, nur ganz vereinzelt neutrophil gekörnte Myelozyten. Dieses von W. Schultz beschriebene Krankheitsbild der Agranulozytose ist bisher erst in 27 Fällen festgestellt worden. Wahrscheinlich ist immer eine Infektion die Grundursache des Leidens. Bei der plötzlichen Überschwemmung des Organismus mit den Erregern kommt es zu einer Lähmung des Knochenmarkes. F. Rosenthal-Berlin.

Haare und Nägel

Ein Fall von Anonychia congenita mit Assimilation der Phalangen, von A. Dombrowski, Physio-ther. Inst. Rostow am Don. (M. m. W., 1926, Nr. 51, S. 2168.) 34jähr. Mann. Die Dorsalflächen der Zehen des linken und der 2.—5. des rechten Fußes sind von faltenloser, normaler Haut bedeckt. Nägel fehlen. An der großen Zehe des rechten Fußes ist der Nagel durch hypertrophische Hornmassen ersetzt. An der großen Zehe des linken Fußes ist die Haut an Stelle des Nagelbettes durch ausgesprochene Felderung ausgezeichnet. Sensibilität überall normal. Röntgenologisch findet man an mehreren Zehen Fehlen der Mittel- und Endphalangen und Verdünnung der Grundphalangen. H. Colman-Berlin.

Dermatomykosen

Über einen Fall von Hautblastomykose beim Schwein, von K. Nieberle, Path. Anat. Labor. Veterinärwesen Hamburg. (Virch. Arch., 1927, Bd. 263, H. 1, S. 16.) Über das Vorkommen dieser Erkrankung beim Tier ist so gut wie nichts bekannt. Die durch gute Mikrophotogramme veranschaulichten Veränderungen konnten zwar nicht kulturell als Sproßpilzerkrankung identifiziert werden, aber im histologischen Bilde fanden sich oidienartige Sprossen, Sproßverbände und Myzelien in großer Menge, vor allem in Riesenzellen und auch im übrigen Gewebe. Klinisch äußerte sich die Erkrankung in zahllosen Knötchen und Geschwüren an der ganzen Haut des Rückens und des Bauches sowie der Ohren; der Geschwürsgrund war mürbe und brüchig. Die Knötchen waren halbkugelig, erbsengroß, in der Unterhaut gelegen, und zerfielen geschwürig. Die Sproßpilze dringen nach Ansicht Nieberles durch oberflächliche Wunden in die Haut ein, haften aber nur unter bestimmten Umständen (hier zugleich generalisierte Tuberkulose). Im Gewebe werden sie von Histiozyten phagozytisch aufgenommen. Diese Zellen können zu Riesenzellen werden. Im Zelleib können sich die Pilzelemente vermehren, so daß die Zellen zerfallen und die Pilze frei werden und sich weiter verbreiten. Lymph- und Blutgefäße werden in den Prozeß mit einbezogen (Endolymphangitis und Endangitis blastomycetica). Von hier aus können auch Metastasen entstehen, auch in den inneren Organen. F. Callomon-Dessau.

Tierische Parasiten und Fremdkörper

Creeping Eruption. Report of First Case of Manitoba, von K. J. Austmann-Winnipeg. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 15, S. 1196.) Beschreibung eines Falles von Creeping disease. Erreger: Gastrophilus intestinalis. Derselbe wurde nach Aufhellung der Hornschicht mit Maschinenöl mit einem Kapillarmikroskop entdeckt und mühelos entfernt. Pr. Unna jun.-Hamburg.

Spezifische Kutanreaktionen bei Infektion mit Strongyloides und anderen Helminthen, von F. Fülleborn, Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrkht. Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, Bd. 30, H. 12, S. 732.) Ein aus pulverisierten filariformen Larven von Strongyloides stercoralis hergestelltes Antigen erwies sich als brauchbares Diagnostikum bei Strongyloidesinfektion. Auch ein Antigen aus Geschlechtstieren der freilebenden Generation wirkte, wenn auch schwächer. Gleichzeitig scheint eine Mitreaktion auf Askaris- und Trichinenantigen bei Strongyloidesträgern vorhanden zu sein. Bei positiver Intrakutanreaktion nach Storm van Leeuwen ist die Hautreaktion auf Strongyloidesantigen vielleicht unspezifisch. Die Kutanreaktion auf Askarisantigen verläuft auch bei nicht mehr an Askaris leidenden Personen noch jahrelang positiv und ist daher praktisch wertlos. Eine Askarisüberempfindlichkeit ließ sich im übrigen nicht

Digitized by Google

passiv auf Meerschweinchen übertragen. Als praktisches Ergebnis der sehr interessanten Arbeit läßt sich vorläufig nur sagen, daß bisher einzig der „Casoni-Reaktion" bei Echinokokkus eine wirklich praktische Bedeutung unter den Kutanreaktionen, die für die Diagnostik der Helminthiasis angegeben sind, zukommt. F. Jacobsohn-Berlin.

Hautquaddeln und „Autoinfektion" bei Strongyloidesträgern, von F. Fülleborn, Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrkht. Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926. Bd. 30, H. 12, S. 721.) Die Hautsymptome bei perkutaner Infektion mit Strongyloideslarven verliefen bei Verf. selber ganz anders als bei seinen Laboratoriumsgenossen. Unter gleichen Versuchsbedingungen haben sich bei F. erst länger als eine Woche post inf. durch unter der Haut herumwandernde Larven urtikarielle Quaddeln mit sehr unangenehmen Begleiterscheinungen gezeigt. Bei der anderen Versuchsperson hingegen, die erheblich kürzere Zeit als F. chronisch infiziert war, kam es nur in nächster Nähe der Infektionsstelle zu geringfügigen und schnell schwindenden Hauterscheinungen. Es gelingt das Eindringen in die Haut nur einem Teil der Larven, an zarteren Hautstellen leichter als an derben, an jugendlicher Haut leichter als an älterer Haut. So drangen bei einer 59 Jahre alten Person die Larven nur bei verletzter Epidermis ein. Bei allen Strongyloidesträgern gelegentlich auftretende große, juckende Quaddeln der Analgegend sind nach den Versuchen des Verf. Folgeerscheinungen einer „lokalen Überempfindlichkeit" der Analgegend. Diese wird durch die Häufigkeit der aus minimalen Kotresten entwickelten und in die Haut der Analgegend eindringenden Larven erworben, also durch eine dauernde Neuinfektion. F. kennt einen Fall, in dem seit 24 Jahren eine Strongyloidesinfektion des Darmes in solcher Weise angenommen werden muß. Eine andere Möglichkeit der dauernden Neuinfektion von Strongyloidesträgern konnte Verf. nicht nachweisen. F. Jacobssohn-Berlin.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Scharlachprobleme, von B. de Rudder, Univ.-Kinderkl. Würzburg. (M. Kl., 1927. Nr. 4, S. 141—144.) Das Wesentliche an den Arbeiten von Dick ist, daß mit den kleinen Mengen des spezifischen Toxins aus kulturell isolierten Scharlach-Streptokokkenstämmen das völlige Symptomenbild des Scharlachs zu erzeugen ist, nur daß dabei Infektiosität fehlt. Auch das Antitoxin (Rekonvaleszenterserum) ist bekannt. Der Scharlach ist als Toxinämie aufzufassen, er hat toxische Nachkrankheiten (Rheumatoide, gewisse Fieberzustände). Für die Untersuchung des Immunzustandes ist der Dicktest von großer Bedeutung; es zeigte sich, daß die mit zunehmendem Alter eintretende Immunität nicht eine Funktion des Lebensalters ist, sondern daß sie auf dem Wege aktiver Immunisierung infolge Erregerinsult zustande kommt, indem, besonders in Großstädten, niemand dem ubiquitären Keime entgeht. Die Übertragung des Scharlachs erfolgt häufig durch nicht sichtbar kranke Keimträger; kommt es zu offensichtlicher Erkrankung an klassischem Scharlach, so besteht „Disposition zu oberschwelliger Reaktion" im Gegensatz zu der „unterschwelligen Reaktion bei stummer Infektion". In diesen letzteren Fällen besteht überwiegend Immunität gegen klassischen Scharlach. Aus diesen Gründen konnten die bisherigen Vorbeugungs- und Bekämpfungsmaßnahmen nur einen sehr bedingten Wert haben, was sich noch deutlicher zeigen würde, wenn die zur Zeit bestehende Virulenzabschwächung einer Virulenzsteigerung Platz machte. Als wirksamere Maßnahmen kämen (da die passive Immunisierung nur 3 Wochen vorhält) die aktiv immunisierenden Methoden in Betracht. Immunisierung mit abgetöteten Scharlachstreptokokken nach Gabritschewsky und Toxinimpfung nach Dick (mehrfach steigende Dosen von Dicktoxin subkutan). Zur Behandlung des Scharlachs kann neben dem Rekonvaleszentenserum, das nur auf toxische Scharlachfälle wirkt, das aus Reinkulturen gewonnene Dick-Dochezserum herangezogen werden, das auch bei anderen Scharlachfällen gut wirkt. E. Levin-Berlin.

Erfahrungen mit dem Degkwitzschen Masernschutzserum, von C. Baron, Städt. Maria-Anna-Kinderhosp. Dresden. (M. Kl., 1927, Nr. 2, S. 48—49.) Bei vorschriftsmäßig am 9. Tage gespritzten Säuglingen blieb der Erfolg regelmäßig aus, 46% der Fälle zeigten mehr oder weniger schwere Komplikationen; zur Erzielung eines milderen Verlaufes gegebene Einspritzungen blieben auch ohne Einfluß. Um bessere Resultate zu erzielen, bedarf es noch weiterer Feststellungen über die beste Zeit der Einverleibung und die erforderliche Menge. E. Levin-Berlin.

Vakzination und Angina, von G. Koch-Wiesbaden. (D. m. W., 1927, Nr. 4, S. 148.) Die Angina tritt frühestens am 6. Tage nach der Impfung auf und verschwindet

Digitized by Google

in 2—3 Tagen. Für die Entwicklung der Angina ist die jeweilige individuelle Reaktionsfähigkeit des Impflings verantwortlich zu machen, indem die Vakzine eine Aktivierung der in den Tonsillen latent befindlichen Bakterien herbeiführt. Zur Vermeidung von Impfschäden sollte die übliche Zahl der Impfschnitte von 4 auf 1 herabgesetzt, und die Impfung selbst frühzeitig im Säuglingsalter vorgenommen werden. F. Harry-Wiesbaden.

Fälle von Typhus abdominalis mit atypischem Exanthem, von B. Trusewitsch-Rostow. (M. m. W., 1926, Nr. 53, S. 2249.) In einer größeren Zahl von Fällen von Typhus abdominalis, deren zwei eingehend beschrieben werden, kam es zu einem diffusen, über Rumpf, Extremitäten und Gesicht ausgebreiteten papulösen und papulösvesikulären Ausschlag, der sich aus Roseolen umgewandelt hatte. Im Gegensatz zur luetischen Papel ist die Papel beim Typhus gewöhnlich blaßrot, zuweilen grellrot, sie ist nicht so hart wie die luetische und ihre Farbe verschwindet auf Druck. Auch Verwechslungen mit Erythema exsudativum, Masern, Variola können sich ergeben, so daß eine richtige Diagnose erst aus dem gesamten klinischen Bild sich stellen läßt.

B. Peiser-Berlin.

Lepra

Die Lepra in Palästina, von T. Canaan-Jerusalem. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1927, Bd. 31, H. 1, S. 20.) Die Erkrankungsziffer beträgt entgegen übertriebenen anderweitigen Berichten nach Verf. in ganz Palästina nicht mehr als 80 Lepröse! Die Infektion geschieht in den meisten Fällen im Kindesalter und in der Jugend. Von 30 Kranken hatten 16 eine starke + WR, von den 10 negativen waren mehrere mit stark vorgeschrittener Erkrankung, was darauf hindeutet, daß, je vorgeschrittener die Krankheit ist, desto negativer ist der Wassermann. Therapeutisch ist am wirksamsten die Behandlung mit Chaulmoograöl, per os und intramuskulär. Heilung ist erst eingetreten, wenn 2 Jahre hindurch folgende Bedingungen erfüllt sind: völliges Verschwinden der klinischen Erscheinungen, Verschwinden der Bazillen aus Nase, Rachen, Mund und Haut, Negativbleiben des Wassermanns. Die Behandlung ist im übrigen eine Kunst.

H. Lippert-Köln.

Leprosy in Korea, von R. M. Wilson. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 15, S. 1211.) Kurzes Referat über 938 Leprafälle der Kolonien Kwangju und Fusan. In 28% der Fälle bestanden Fazialislähmungen, die sehr häufig mit Konjunktivitis und Austrocknung des Bulbus verbunden waren. Pat. beobachtete auch sehr häufig Knötchen auf der Kornea mit Keratitis, die schwer zu beseitigen waren. In 96% bestanden Anästhesien, welche Verf. für das wichtigste Symptom der Lepra hält. In mehr als 75% der Fälle trat Stillstand der Krankheit ein. Die alte Art der Isolierung ist ein Fehler. Wenn man Leprösen Gartenarbeit und andere Beschäftigungen gibt, wird er schneller heilen, größere Öldosen vertragen und sich eines besseren Allgemeinbefindens erfreuen.

P. Unna jun.-Hamburg.

La vitesse de sédimentation des hématies chez les lépreux (Die Blutsenkungsgeschwindigkeit bei Leprösen), von F. Landeiro. Aus dem Institut Camann Pestana Lissabon. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 34, S. 1261.) Die Blutsenkungsgeschwindigkeit war in 66% der untersuchten Leprösen (50) mehr oder weniger gesteigert, die größte Senkungsgeschwindigkeit wiesen die Knotenfälle auf, während die Nervenformen eine geringere Blutsenkungsgeschwindigkeit zeigten.

P. Unna jun.-Hamburg.

Zur Epidemiologie der Lepra, von P. Bargehr-Pelantoengan. (Geneeskundig Tijdschr. v. Nederlandsch Indien, 1926, 2. Afl., 66. Deel.) Lepra ist nicht die Krankheit der Armen und Verwahrlosten. Wirtschaftliches Elend, Unreinlichkeit, Unterernährung spielen keinen wesentlichen Faktor bei ihrer Ausbreitung. Die Stickersche Ansicht, daß die Disposition für Lepra allgemein ist, wird durch die Seltenheit der Infektion auf Ehegatten widerlegt. Lepra muß aber für „disponierte" Individuen eine leicht ansteckende Krankheit sein. Das häufige Vorkommen von Lepra unter Blutsverwandten deutet auf einen hereditären Faktor hin. Die Disposition zur Lepra unterliegt einem endemischen örtlichen Einfluß unbekannter Art, der mit der Zeit ab- und zunehmen kann. Virulenzsteigerungen der Bazillenstämme spielen dabei aber jedenfalls keine wesentliche Rolle. Die Annahme, daß durch die gute Isolierung der Leprakranken Europa nahezu leprafrei geworden wäre, ist beinahe lächerlich. Auch die Annahme, daß die Pest die Leprösen des Mittelalters dezimiert habe, ist unwahrscheinlich, denn auf Pelantoengan wütete wohl die Pest, aber die Leprösen wurden nicht befallen. Auch die Hygiene schützt nicht vor Lepra.

P. Unna jun.-Hamburg.

Digitized by Google

Notes on the Pathology of Leprosy (Bemerkungen über die Pathologie der Lepra), von H. W. Wade. (J. of the Philippine Island Medical Association, 1926, Bd. 2, Nr. 37.) Lesenswerte Übersicht über die pathologischen Veränderungen bei Lepra, auf etwa 500 Autopsien beruhend. Verf. beobachtete häufig einen Rückgang der Hauterscheinungen durch komplizierende Tuberkulose. Die Nervenveränderungen sind Frühsymptome. Von den Lymphdrüsen sind Axillar- und Inguinaldrüsen am meisten geschwollen. Häufig findet sich ein starker Grad von Arterio- und Phlebosklerosis vielfach auch bei jüngeren Individuen, z. B. bei einem 12jähr. Jungen. Leider haben die klinischen, bakterologischen und serologischen Methoden, die sämtlich in Culion ausgeführt werden, uns in der Diagnostik nicht wesentlich gefördert.

P. Unna jun.-Hamburg.

Sympathektomie an Leprakranken, von Y. Osawa und T. Nojima, I. Chir. Univ.-Kl. Osaka. (D. m. W., 1927, Nr. 2, S. 65.) Ein Fall von Stumpfgeschwür der linken Hand und ein Fall von linksseitiger Ulnarisneuralgie wurden mit Exstirpation des linken sympathischen Halsgrenzstranges einschließlich des Ganglion stellatum behandelt, ferner 1 Geschwür des 4. Fingers mit der des rechten Grenzstranges, sodann 2 Fälle von Mal perforant der rechten Fußsohle mit Sympathektomie an der rechten A. femoralis. Hyperämie und Wärmegefühl stellten sich in allen Fällen mehr oder weniger deutlich ein. Die Heilung der Ulzera vollzog sich innerhalb von 10—14 Tagen. Die leprösen Infiltrationen waren nach 5—7 Monaten deutlich resorbiert. Die Resorption der perineuralen Infiltrate ging am schwächsten voran. Lepraflecke entfärbten sich in einem Falle schon binnen weniger Tage, der rote Farbton wandelte sich in Hellbraun um. Ulnarisneuralgie besserte sich, während Hyp- und Anästhesie unbeeinflußt blieben.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Selbstheilung der Lepra, von C. Bargehr-Pelantoengan, Java. (M. m. W., 1926, Nr. 52, S. 2209.) Die Leprominreaktion hat den Beweis erbracht, daß Selbstheilungen von Lepra durchaus möglich sind. Die positive Reaktion ist das Zeichen für die Anwesenheit einer überschüssigen Menge von Lepraimmunstoffen und findet sich nie gepaart mit positivem Bazillenbefund und manifesten Erscheinungen. Die negative Reaktion ist das Zeichen, daß keine Immunstoffe anwesend sind und findet sich daher bei nicht infizierten Menschen. Weiter bei Leprösen, bei denen weniger Antistoffe gebildet werden als zur schnelleren Überwindung der Krankheit nötig ist. Erst im Laufe der Zeit, oft erst nach Jahrzehnten, gewinnen bei ihnen die Antistoffe, wenn die Patienten überhaupt durchhalten, allmählich die Oberhand, die Bazillen verschwinden, die noch rückbildbaren Erscheinungen heilen, neue treten nicht mehr hinzu, die Leprominreaktion wird positiv. Das ist das Zeichen, daß die Lepra spontan erloschen ist.

H. Lippert-Köln.

Das Problem der Lepra nach modernen Anschauungen (El problema de la lepra bajo los aspectos), von W. H. Hoffmann-Habana. (Rev. méd. de Hamburgo, 1926, Nr. 3 und Soc. Estudios Clin. de la Habana, Sitzung 4. März 1926.) Übersicht über die neuen Heilbestrebungen bei Lepra und Hinweis darauf, daß es möglich ist, auf der Insel Kuba die Lepra durch dieselben zum Aussterben zu bringen.

P. Unna jun.-Hamburg.

Acute Nodular Leprosy Originating in this Country and Cured by Vaccine Treatment (Ein in England entstandener und durch Vakzinebehandlung geheilter Fall von akuter Lepra in nodulärer Form), von E. G. Little. (Brit. m. J., 1926, Nr. 3439, S. 1034.) 36jähr. chinesischer Student. Nach etwa sechsmonatigem Aufenthalt in England Schmerzen im Arm und 3 Wochen später ganz plötzlich knotenförmige Anschwellung am ganzen Gesicht, sowie alsbald Entwicklung von ähnlichen Knoten nebst größeren flachen Indurationsgebieten am Stamm, den Händen und Armen. Die von L. auf akute Lepra gestellte Diagnose wurde in der Dermatological Section of the Roy. Soc. of Med. bestätigt. Unter der von S. Hasson durchgeführten Vakzinebehandlung sind alle Läsionen vollständig verschwunden und im Serum einer an der Stelle eines ehemaligen Knotens durch CO_2-Schnee erzeugten Blase waren schließlich keine Leprabazillen enthalten. Die Herstellung der Vakzine geschieht durch Mischen von Serum von mehreren verschiedenen Patienten mit verschiedenen Lepraformen und Lagern im Brutschrank bei 36° C während 50—90 Tage, worauf $2^1/_2$% Natriumzitrat zugesetzt wird nebst einer Mischkultur von Bacillus pyocyaneus. Nachdem zentrifugiert worden ist und die Anzahl der Bazillen festgestellt, wird mit Petroläther gewaschen und in Ampullen zu 2 ccm abgefüllt. (Trans. Roy. Soc. Trop. Med. u. Hyg., Bd. 19, Nr. 7.) In diesem Falle erhielt Pat. im ganzen 53 Injektionen zu je 3 Milliarden Hansenscher Bazillen und 5 Milliarden B. pyo-

Digitized by Google

cyaneus — statt der sonst empfohlenen je 5 Milliarden und 15 Milliarden, da er sich bei Beginn der Behandlung in einem sehr heruntergekommenen Zustand befand.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Les huiles de chaulmoogra; leurs orgines, leurs caractères et leur mode d'action (Die verschiedenen Chaulmoograöle, deren Ursprung, Eigenschaften und Wirkungsweise [Thèse de Paris]), von R. Jumelle. (Presse méd., 1926, Nr. 70, S. 1114.) Legende von der Entdeckung der Wirksamkeit des Chaulmoograöls. Nicht nur die Gynocardia odorata, sondern auch andere Angehörige der Familie Hydnokarpus, H. oncoba in Asien und Australien und H. carpotroche in Westafrika sowie Taraktoganus Kurzii liefern ebenfalls und sogar wirksameres Öl. Weitere Fortschritte in der Leprabehandlung wären zu erwarten durch Verwendung der aus den Hydnokarpusölen zu gewinnenden Salze und Ätherverbindungen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ambulante Leprabehandlung, von E. Nägelsbach, Gore, Abessinien. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, Bd. 30, H. 10, S. 656.) $1^1/_2$jährige Erfahrungen in Abessinien als Missionsarzt. Gebraucht wurden Antileprol Bayer intramuskulär und intravenös nach dem Schema von Muir. Verf. gab die hohe Dose von 2,0 Antileprol i. v. zweimal wöchentlich ambulant! Er beobachtete dabei Fieber, Schwächegefühl und Reizhusten. Es handelt sich in $^1/_8$ der Fälle um Lepra mixta, in $^2/_8$ um reine Nervenfälle mit Schmerzen. In allen Fällen lassen die Schmerzen und Parästhesien schon nach wenigen Einspritzungen von Antileprol nach. Mit dem von Hamzah und Heinemann empfohlenen Thymol hatte Verf. gar keinen Erfolg. Mit der Chaulmoogratherapie wurden vom Verf. nur subjektive Besserungen erreicht, Zurückgehen der Knoten, Schwinden der Bazillen wird nicht erreicht. Die Lepra wird in Abessinien nicht gefürchtet. Es herrscht volle Freizügigkeit, selbst vorgeschrittene Kranke leben in ihren Hütten mit ihren Angehörigen und Sklaven eng zusammen. P. Unna jun.-Hamburg.

Tuberkulose

Über die künstliche Hervorrufung der Tuberkulinempfindlichkeit und ähnlicher Zustände, von Fr. v. Gröer-Lemberg, Verhdl. d. Dtsch. Ges. f. Kinderhlk. Düsseldorf. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 3/6, S. 205.) Meerschweinchen, die mit Schweineserum und Alttuberkulin oder mit Schweineserum und albumosefreiem Tuberkulin, ja sogar mit Schweineserum und Glyzerinbouillon vorbehandelt sind, zeigen auf intrakutane Reinjektion von Alttuberkulin, albumosefreiem Tuberkulin und Glyzerinbouillon positive Reaktion. R. Ley-Kreuznach.

Über Allergie und Parallergie, von Moro, Verhdl. d. Dtsch. Ges. f. Kinderhlk. Düsseldorf. (Mschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 3/6, S. 193.) Systematische Nachprüfung an tuberkulinpositiven Kindern führte regelmäßig auch zu einer positiven Bouillonreaktion bei intrakutaner Injektion von eingeengter Glyzerinbouillon (Höchst). Praktisch ergibt sich daraus die Lehre, daß vor allem bei der Beurteilung von Intrakutanreaktionen zuweilen große Vorsicht geboten erscheint. Das häufige Auftreten von Anginen nach der Kuhpockenimpfung, vielleicht auch das gehäufte Vorkommen von Poliomyelitis nach der Impfung sind als parallergische Erscheinungen zu deuten. Ähnliche Parallergien können sich ebenso auch infolge der tuberkulösen Allergie einstellen. Vielleicht wird auch das interessante Erythema nodosum bei solcher Betrachtungsweise einmal einer Klärung näher geführt werden. Ob bei der Bouillonreaktion, die nur mit stark eingeengter Bouillon zu erzielen ist, ähnliche Vorgänge sich abspielen, bedarf weiterer Untersuchungen. R. Ley-Kreuznach.

Über Bouillonempfindlichkeit, von W. Dölter-Heidelberg, Verhdl. d. Dtsch. Ges. f. Kinderhlk. Düsseldorf. (Mtschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 3/6, S. 198.) Intrakutane Injektion von eingeengter Glyzerinbouillon Höchst führt bei der großen Mehrzahl der tuberkulinpositiven Kinder zu einer positiven Reaktion. Diese Reaktion wurde bei den entsprechenden Präparaten der Firmen Merck, Behring und des eigenen Laboratoriums meist nicht beobachtet. Daß das Höchster Material mit irgend welchen tuberkulinhaltigen Stoffen verunreinigt sei, konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden.
R. Ley-Kreuznach.

Über Herdreaktionen, von Keller-Heidelberg, Verhdl. d. Dtsch. Ges. f. Kinderhlk. Düsseldorf. (Mtschr. f. Kinderhlk., 1926, Bd. 34, H. 3/6, S. 201.) Die eingeengte Glyzerinbouillon Höchst führt ebenso wie das Alttuberkulin bei tuberkulösen Individuen auch zu Herd- und Allgemeinreaktionen. Die Dosen entsprechen ungefähr denen des Tuberkulins. Bei nicht tuberkulös infizierten Kindern kann durch die Kombination Impfpustel

Digitized by Google

und Bouillon Allergie auf Alttuberkulin erzielt werden. Bei diesen Individuen führt die Alttuberkulinzufuhr zu lokalen Herdreaktionen mit Fieber. Die Allgemeinreaktion auf Tuberkulin braucht deshalb nicht unbedingt eine tuberkulöse Herdreaktion zur Voraussetzung zu haben. R. Ley-Kreuznach.

Zur Frage der präventiven Schutzimpfung gegen Tuberkulose nach Calmette mittels BCG, von R. Kraus, Staatl. Serother. Inst. Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 2, S. 49.) Durch das besondere Entgegenkommen Calmettes hat Verf. die Kultur BCG erhalten und hat zunächst untersucht, ob dieselbe tatsächlich avirulent ist. Es zeigte sich, daß die peritoneal infizierten Meerschweinchen nach 3—4 Wochen tuberkulöse Veränderungen im Netz, den Lymphdrüsen und den einzelnen Organen mit säurefesten Stäbchen aufwiesen; Milz und Leber vereinzelt mit kleinen Knötchen durchsetzt. Die peritoneale Rückübertragung der Organe auf gesunde Meerschweinchen ergab in allen Versuchen bei getöteten Tieren nach 22—150 Tagen ein negatives Resultat. Spätere Versuche mit einem anderen Stamme BCG zeigten, daß der tuberkulöse Prozeß aus diesem Stamme nicht progredient ist und sich nach 60 Tagen und noch später zurückbildet. Der tuberkulöse Stamm BCG besitzt also eine gewisse Virulenz für Experimentaltiere, der erzeugte Prozeß ist aber benigner Natur, lokalisiert und ausheilend; der Stamm hat anscheinend durch jahrelange Züchtung eine Abschwächung erfahren. Die Infektionsimmunität, die der Stamm BCG erzeugt, ruft er deswegen hervor, weil er virulent, nicht avirulent ist. M. Cohn-Dresden.

Zur Frage der Tuberkuloseschutzimpfung mit toten Tuberkelbazillen, von H. Dold, Inst. E. v. Behring, Marburg a. L. (D. m. W., 1927, Nr. 1, S. 12.) Verf. bestätigt die Versuchsergebnisse der Arbeiten von Ungermann, Bessau, Zinsser, Petroff, Sauger, wonach es gelingt, durch Vorbehandlung mit abgetöteten Tuberkelbazillen eine Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin zu erzeugen. Die Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin ist jedoch nicht identisch mit Immunität gegen Tuberkulose. Es ist in keinem Falle gelungen, Meerschweinchen mit dem genannten Verfahren vor dem tödlichen Verlauf einer künstlich gesetzten tuberkulösen Infektion zu schützen, man erzielt höchstens eine gewisse Verzögerung des tödlich endenden Infektionsverlaufes. Die Versuche, Meerschweinchen nach intensiver Vorbehandlung mit abgetöteten Tuberkelbazillen gegen nachfolgende wiederholte leichte intra- und perkutane Infektionen mit lebenden Tuberkelbazillen zu schützen, hatten negatives Ergebnis. Gleichzeitig ging aus ihnen hervor, daß man ebenso wie gegen Tuberkulin auch gegen lebende Tuberkelbazillen eine Überempfindlichkeit beim Meerschweinchen erzeugen kann.
F. Harry-Wiesbaden.

Über intravenöse Einverleibung virulenter Tuberkelbazillen zur Beeinflussung von Haut- und Schleimhauttuberkulose, von P. Wichmann, Lupusstat. Univ.-Hautkl. Hamburg. (D. m. W., 1927, Nr. 3, S. 110.) Verf. hat 14 Kranke mit Haut- und Schleimhauttuberkulose behandelt, von denen zwei eine offene Lungentuberkulose aufwiesen. Es wurden Einzeldosen von 3000—20000 Keimen in 8—14tägigen Intervallen gegeben. Die Behandlung verlief ohne irgend eine Reaktion oder Störung des Allgemeinbefindens. Bei einem Kranken mit offener Lungentuberkulose heilte das Schleimhautgeschwür innerhalb 8 Monaten ab. Bei zwei Kranken mit Lupus erythematodes war ein leichter Rückgang der Infiltrate zu verzeichnen. Die übrigen Fälle blieben unbeeinflußt.
F. Harry-Wiesbaden.

Einige Bemerkungen zur Frage der Tuberkulose der Haut, Schleimhäute und Weichteile nach Unfällen, von F. Zollinger-Aarau. (M. Kl., 1927, Nr. 2. S. 62 bis 65, Nr. 3, S. 99—100.) Die traumatische Entstehung der genannten Krankheiten ist selten, sie erfolgt gewöhnlich auf Grund einer Wunde. Ohne solche ist die Infektion wahrscheinlich nur von innen möglich. Die Arbeit beschäftigt sich hauptsächlich mit der Frage der Anerkennung derartiger Erkrankungen als Unfallfolgen.
E. Levin-Berlin.

Sur la lymphogranulomatose maligne (Lymphogranulomatosis maligna), von J. Sabrazès. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 35, S. 1354.) Ausführliche Beschreibung eines Falles einer 37jähr. Frau, als typisch für das klinische und histologische Bild der malignen Lymphogranulomatose, wie Verf. sie im ganzen an 15 Fällen beobachten konnte. Aus der klinischen Beschreibung dürfte hier am meisten interessieren, daß die Patientin nach 10 Röntgenbestrahlungen der Zervikal- und Sternalgegend ein als toxikämisch gedeutetes Hautjucken bekam, das Tag und Nacht unvermindert, durch keine Therapie beeinflußbar, ohne sichtbare Hauterscheinungen — außer Kratzeffekten — verlief. Aus der histologischen Durcharbeitung des Falles lassen sich folgende Gesichts-

Digitized by Google

punkte herausschälen: Die Präparate lassen ganz verschieden gerichtete, pathologische Zellerscheinungen in mannigfacher Kombination erkennen. Teilweise überwiegen hyperplastische, an Bildung von Polykaryozyten grenzende Zellen vom Typ Sternberg, Abkömmlinge von Elementen des retikulo-endothelialen Apparates. Diese Hyperplasie äußert sich dann weiter durch Bildung verschiedenartigen Proliferationsgewebes. Daneben kommen gleichzeitig regressive und entzündliche Veränderungen zur Beobachtung: Fibrinansammlung, Pyknose, Plasmolyse, lokale Eosinophilie. Schließlich stehen an einzelnen Stellen sklerotische Prozesse im Vordergrund. Je nach dem Überwiegen dieser verschiedenen Prozesse entstehen die zytologisch und klinisch mehr oder minder als hyperplastische, pseudolymphadenoische, pseudoleukämische und sklerotische Erscheinungen angesprochenen Formen der malignen Lymphogranulomatose.

F. Jacobsohn-Berlin.

Plazentare Übertragung des Lymphogranuloms, von A. Priesel und A. Winkelbauer, Path.-anat. Univ.-Inst. Wien. (Virch. Arch., 1926, Bd. 262, H. 3, S. 749.) 31jähr. Frau, 2 Wochen post partum aufgenommen, zeigt mehrfache, schmerzlose Schwellungen, zum größten Teil von Lymphknoten ausgehend. Geringe Leukozytose; keine Anämie. Mikroskopische Untersuchung eines Knotens zunächst kein sicheres Resultat ergebend, aber vereinzelt an Sternbergsche Lymphogranulomzellen erinnernde Elemente. Bald darauf Exitus, keine Obduktion. — Das mit $3^1/_2$ Monate eingelieferte Kind zeigt über der linken Augenbraue eine weiche, langsam wachsende Geschwulst. Linksseitig Geschwulst in der Leistengegend. Das Kind blaß, Puls 140, Temp. 38. Stuhlverstopfung. Knoten in der Leistengegend operativ entfernt; mikroskopisch: typisches Lymphogranulom. Unter Auftreten neuer Geschwülste und raschem Wachstum der bestehenden, mächtigen Leberschwellung trat Kachexie und Exitus nach 4 Wochen ein. Die Obduktion ergab ausgedehnte Infiltrate; Leber, Ovarium und Thymus von zahlreichen Knoten durchsetzt. Histologisch weitgehende Polymorphie der Zellen des typischen Lymphogranuloms. Verf. nimmt an, daß ähnlich wie für manche Fälle frühzeitiger Tuberkulose auch hier eine plazentare Übertragung stattgefunden hat, wofür sowohl der mächtige Umfang der granulomatösen Infiltrate wie auch der Zustand der Plazenta spricht.

M. Cohn-Dresden.

Syphilis

a. Allgemeines und Historisches

Zur Frage des Rückganges der Syphilis und der Änderung ihres Charakters, von W. Kolle und K. Laubenheimer, Staatsinst. f. exper. Ther. Frankfurt a. M. (D. m. W., 1927, Nr. 1, S. 3.) Bei Sichtung des Materials, das von Krankenhäusern, Kliniken und Ärzten Frankfurts stammt, ergibt sich zweifellos eine nicht unerhebliche Abnahme der Syphilis in der Zeit von 1910—1926 mit Unterbrechung der Kriegs- und Nachkriegszeit. Die Zahl der Fälle von Lues I betrug 1910 etwa 10%, ging 1913 auf 7,8% zurück, stieg 1914 auf 8,2% und betrug 1915 7,5%. Dann wurde sie von Jahr zu Jahr größer bis 13% im Jahre 1918 und beträgt jetzt 5% weniger als im Jahre 1910. Der Rückgang ist wohl hauptsächlich auf die Salvarsantherapie zurückzuführen. Das Material liefert keine Anhaltspunkte für die oft behauptete prozentuale Zunahme der Metalues. Erst das Jahr 1926 brachte eine kleine Vermehrung der Metasyphilisfälle, was damit zusammenhängt, daß die während des Krieges Infizierten der Zeit nach nunmehr an Tabes und Paralyse erkranken.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Syphilis in Niederländisch-Ostindien, von E. H. Hermans-Rotterdam. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1926, Bd. 31, H. 1, S. 2.) Bei den Javanern wird das sekundäre Exanthem frühzeitig papulo-vesikulös. Die Haut wird in ausgesprochenem Maße befallen. Auffallend wenig hereditäre Fälle, auffallend wenig luetische Aborte auch. Lues des Zentralnervensystems wird beim unbehandelten Eingeborenen selten oder nie gesehen. Bei den eingeborenen und spezifisch behandelten Soldaten aber kommen Neurorezidive und Erscheinungen von Gehirn- oder Meningeallues vor. Die luetische Aortitis ist beim unbehandelten Eingeborenen ebenfalls sehr selten. Im ganzen ist also festzustellen, daß der syphilitische Prozeß beim Javaner günstiger als beim Europäer verläuft. Die Haut ist mehr befallen, dafür gibt es metasyphilitische Erkrankungen, Lues der inneren Organe und hereditäre Lues sehr selten. Verf. betont besonders, daß seit der systematischen Salvarsanbehandlung Neurorezidive aufgetreten sind und das Bild der Hautlues sich sinngemäß verändert hat.

H. Lippert-Köln.

Digitized by Google

b. Pathologie und Klinik

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von Lass. (Wratschebnoje Delo, 1927, Jahrg. 10, Nr. 2.) 26jähr. Fuhrmann erlitt die erste Infektion im Juni 1925 und die zweite, nach Ansicht des Verf., im Januar 1926. A. Jordan-Moskau.

Contribution à l'étude de l'aortite syphilitique précoce (Beitrag zum Studium der frühzeitigen Aortitis luetica), von H. W. Graf, Derm. Univ.-Kl. Lausanne. (Rev. méd. Suisse Rom., 1926, Nr. 14, S. 855.) Das häufigere Auftreten der Aortitis in den letzten Jahren ist unbestreitbar. Der Einfluß der spezifischen Behandlung erscheint prüfenswert. In einem besonderen Fall akquirierte ein spezifisch energisch früh behandelter 24jähr. Pat. nach 18 Monaten eine typische Mesoaortitis luetica und miliare Milzgummata. Seit Einführung der Salvarsantherapie deutliche Zunahme der Aortitisbefunde bei Sektionen. Schlußfolgerung: strenge Indikationsstellung für die Anwendung des Salvarsans. Insbesondere aber bei jeder Behandlung genaue Untersuchung auf Herz und Gefäße, auch bei ganz frischen Fällen. H. Lippert-Köln.

Hypertension artérielle et syphilis (Arterieller Hochdruck und Syphilis), von Toinon. Thèse de Paris 1926. (Presse méd., 1926, Nr. 97, S. 1530.) Unter 270 Fällen von arterieller Hypertension fand T. 30mal eine syphilitische Vorgeschichte. Obwohl ein endokrin-sympathischer Faktor dabei wohl auch beteiligt sein dürfte, ist die Druckerhöhung hauptsächlich von kardio-vaskulären und renalen Prozessen abhängig. Gelegentlich wird schon im sekundären Stadium der Lues eine merkbare Blutdrucksteigerung beobachtet; doch ist diese meist ein spät, 15—30 Jahre nach Entwicklung des Primäraffekts auftretendes Symptom. Man kann klinisch Fälle von rein renalem Ursprung sowie von rein kardio-vaskulärer Herkunft und auch Mischformen beobachten. Antisyphilitische Behandlung hatte nach T.s Erfahrungen bei 14 Fällen zwar eine Herabsetzung des Blutdrucks zur Folge, doch war dieser Erfolg meist nur von kurzer Dauer. A. Philippi-Bad-Salzschlirf.

Syphilis der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane, von C. Posner-Berlin. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 21, H. 13/14, S. 785.)

Syphilis der Blase, von E. F. Chocholka-Prag. (Zschr. f. urolog. Chir., 1926, Bd. 21, H. 3/4, S. 134.) Verf. hat bei etwa 920 zystoskopierten Fällen in 21 Fällen die Diagnose „Blasensyphilis" hauptsächlich dann gestellt, wenn jede übliche Therapie versagte, aber nach einer antiluetischen Kur rasch eine Heilung eintrat; es war nur selten möglich, auf Grund eines charakteristischen zystoskopischen Bildes oder einer positiven WR die Diagnose zu stellen. Diesen Satz muß man voranstellen, wenn man nachher von „charakteristischen Blasenveränderungen" redet, da er sie erfahrungsgemäß bei der Lues sehr häufig vorfand. Verf. hat 21 Fälle von Blasenlues beobachtet und berichtet über dieselben ausführlich. Fernerhin hat er aber auch 105 Fälle von syphilitischen Frauen zystoskopiert und hier in 18 Fällen Veränderungen der Blase beobachtet, die er als Blasenlues anzusprechen berechtigt zu sein glaubt. Verf. beobachtete so luetische Blasenpapillome, ferner moos- oder maulbeerartige Beläge luetischer Ätiologie, Makulokondylome und achtmal die luetische Blasenpapillose, ferner mehr oder weniger charakteristische Ulzera. Vier gute Abbildungen der ersten vier charakteristischen Veränderungen der Blasenschleimhaut machen die Arbeit besonders wertvoll. Er empfiehlt innige Zusammenarbeit der Urologie und Syphilidologen. A. Rosenburg-Mannheim.

Syphilis der Blase, von A. Rothschild-Berlin. (Zschr. f. urol. Chir., 1926, Bd. 21, H. 3/4, S. 232.) 67jähr. Frau, die nach der zweiten Entbindung 1879 einen Blasenkatarrh hatte. 1918 sehr hartnäckiger Blasenkatarrh, Urin war trübe, sauer, mikroskopisch Eiterzellen und Stäbchen. Bei der Zystoskopie fanden sich über den ganzen Blasenboden zerstreut, und auch seitlich davon, flache, erbsengroße Erhebungen der Schleimhaut, ähnlich den Papeln und Condylomata lata, die zum Teil in normaler, zum Teil in trüben Schleimhautpartien, auf einem oder am Ende eines Blutgefäßes liegen und einen roten Hof haben. Die WR war $\pm$, d. h. zweifelhaft angesprochen. Auf Arg.-nitr.-Spülungen verschwanden die Papeln bis auf zwei, die erst nach halbjähriger Behandlung und Ausbrennen der Papeln zum Verschwinden der Beschwerden führten. Da der Mann der Patientin vor der Ehe Lues durchgemacht hatte, gab Verf. bei Neuauftreten der Beschwerden sofort intramuskuläre Wismutinjektionen und Jodkali. Nach vierwöchiger Kur völliges Verschwinden der Beschwerden. A. Rosenburg-Mannheim.

Tertiary Syphilis of the Liver (Tertiäre Lebersyphilis), von Th. McCrae und W. R. Caven-Philadelphia. (Am. J. Med. Sc., 1926, Bd. 172, Nr. 6, S. 781—796.) Das

Digitized by Google

klinische Bild der Lebersyphilis ist ein sehr wechselndes mit Perioden der Besserung. Gewöhnlich besteht Fieber, häufig bedeutende Gewichtsabnahme. Klinisch Vergrößerung der Leber, wobei für Lues charakteristisch relatives Überwiegen der Vergrößerung des linken Lappens. Die Behandlung kann den Syphilisprozeß beeinflussen, jedoch nicht die Folgen (Zirrhose, Amyloid). E. Levin-Berlin.

Pancreatitis gummosa, von M. Franke, Path. Abt. Städt. Krkhs. Altona. (Frankf. Zschr. f. Path., 1926, Bd. 34, H. 3, S. 442.) Ein 44jähriger Mann stirbt infolge einer Pneumonie im Krankenhause. Die klinische Untersuchung hatte keine Zeichen von Lues ergeben. Ein Jahr früher hatte er an Stichen in der Brust gelitten. Die angestellte WR war vierfach positiv. Die Sektion ergibt außer der Pneumonie eine Aortitis, Schwielen im Hoden und eine gummöse Pankreatitis. Außer schwieligen Prozessen im Pankreas sind fünf kirschgroße Gummen im Kopf und Mittelteil des Pankreas vorhanden. Mikroskopisch findet sich eine ausgedehnte Atrophie des Drüsengewebes mit spärlichen oder gänzlich verschwundenen Langerhansschen Inseln. Klinisch war während einer 14tägigen Beobachtung weder eine Störung der Fettverdauung noch Glykosurie festgestellt. F. Rosenthal-Berlin.

Contribution à l'étude des formes cliniques de l'hérédo-syphilis; descendance des paralytiques généraux (Beitrag zum Studium der klinischen Formen der kongenitalen Syphilis; die Nachkommenschaft von progressiven Paralytikern), von F. Widlocher. Thèse de Paris 1926. (Presse méd., 1926, Nr. 97, S. 1530.) Wenn die Dementia paralytica sich im Anschluß an eine milde verlaufene, vielleicht übersehene Syphilis entwickelt, entgehen Ehepartnerin und Kinder oft der syphilitischen Infektion oder bieten nur milde Erscheinungen dar. Wenn dagegen die Paralyse sich an ausgedehnte sekundäre und tertiäre, auch viszerale Läsionen anschließt, entgehen die Angehörigen nur sehr selten der Infektion und erkranken meist mit schweren Erscheinungen. Je näher der Zeitpunkt der Konzeption mit der Zeit der Infektion des Ehegatten zusammentrifft, um so sicherer und schwerer erfolgt die Infektion der Deszendenten.
A. Philippi-Bad-Salzschlirf.

Beitrag zur Entstehungsursache der Paralyse, von H. Kaltenbach-Bad Suderode, Harz. (M. m. W., 1926, Nr. 49, S. 2070.) Unter 32 Paralytikern hatte nur ein einziger eine ausreichende Behandlung seiner Lues erhalten. D. E. Tangl-Eger.

Luesbehandlung und tabische Sehnervenatrophie, von M. Fischer-Ascher, Dtsch. Univ.-Augenkl. Prag. (M. Kl., 1926, Nr. 52, S. 1991—1993.) Aus den Erhebungen bei 177 Syphilitikern mit Sehnervenatrophie, bei denen sichere Tabes festgestellt wurde, läßt sich nach eingehender Gliederung in bezug auf voraufgegangene Syphilisbehandlung (keine, ungenügende, ausreichende) der Schluß ziehen, daß am ehesten eine ausgiebige und lange fortgesetzte Behandlung imstande ist, Metalues zu verhüten. Es war unter den Fällen nur ein gründlich behandelter, der 15 Jahre nach der Infektion noch guten Visus hatte. Dagegen ist die Inkubation der Sehstörung bei unbehandelten, also ungenügend behandelten Syphilitikern kürzer als bei überhaupt nicht behandelten.
E. Levin-Berlin.

L'hérédo-syphilis paternelle (Die paternelle Erbsyphilis), von J. Golay-Genf. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 2, S. 34—35.) Die direkt vom Vater stammende, im eigentlichen Sinne hereditäre (nicht kongenitale) Syphilis wurde früher von den hervorragendsten Autoren als vorkommend angenommen, während sie jetzt fast allgemein abgelehnt wird. Wenn auch der bündige Beweis für ihr Bestehen nicht geliefert werden kann, so spricht doch eine Reihe klinischer Beobachtungen dafür, sie mindestens als nicht ausgeschlossen zu betrachten. Spirochäten kommen im Sperma vor, und es sind auch Affenimpfungen mit Sperma Syphilitischer gelungen; aber auch in den Spermatozoen selbst könnten die Spirochäten sehr wohl enthalten sein, da das uns von ihnen bekannte Bild nur ein Stadium ihres Entwicklungsganges darstellt. Ferner können Erwägungen über das Collessche Gesetz unter Zuhilfenahme der WR zu der Annahme führen, daß die in diesen Fällen sicher vorhandene Syphilis der Mutter nicht auf direkter Infektion vom Manne, sondern auf einer konzeptionellen Übertragung von dem vom Vater aus kranken Fötus beruht. Dafür spricht der ganz eigenartige, abgeschwächte und keinerlei äußere Erscheinungen sowie oft nur schwach positive oder sogar negative WR zeigende Verlauf der Syphilis bei diesen Frauen. Bei diesen Frauen kommt es auch gewöhnlich zu frühzeitigem Abort, da eben der Fötus primär krank ist, während auf gewöhnliche Weise infizierte Frauen, auch wenn sie positive WR und sogar manifeste Erscheinungen darbieten, neben Frühgeburten völlig ausgetragene Kinder zur Welt bringen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

c. Therapie

Experimentelle Untersuchungen über salvarsanresistente Syphilisspirochäten, von E. Hoffmann und G. Armuzzi, Univ.-Hautkl. Bonn. (D. m. W., 1926, Nr. 2, S. 51.) Bei einer vor mindestens $2^1/_2$ Monaten infizierten, sekundär syphilitischen Pat. stellte sich 6 Wochen nach der ersten Kur (5,85 Neosalvarsan + 12,75 ccm Bismogenol) ein klinisches Rezidiv mit starken positiven Seroreaktionen und negativem Liquorbefund ein. Pat. erhielt daraufhin 8 Injektionen Natriumsalvarsan und Hg-Schmierkur. Die Spirochäten schwanden nicht. Es wurde weiter Natriumsalvarsan und anstatt Hg Mesurol gegeben; kein Erfolg. Nach einer zweitägigen Schwitzkur nach Zittmann (morgens 500,0 Decoct. Zittmann, mittags warm und nachmittags 300,0 kalt) und einer Injektion am 3. Tag von 0,6 Neosalvarsan + 0,8 Mesurol schwanden die Spirochäten. Pat. erhielt danach noch 3 Injektionen Neosalvarsan 0,75 g + 0,8 Mesurol, denen noch einmal eine Zittmann-Kur vorausging, und blieb spirochätenfrei. Die WR wurde negativ. Die resistenten Spirochäten wurden, nachdem Pat. bereits 3.05 g Natriumsalvarsan erhalten hatte, auf Kaninchen subskrotal geimpft. Bei allen Tieren gingen die Impfschanker an und reagierten prompt auf 0,02—0,03 g Neo- bzw. Natriumsalvarsan pro Kilogramm. Die Versuche zeigen, daß die Resistenz im wesentlichen auf einer Insuffizienz des betreffenden menschlichen Organismus beruht.

F. Harry-Wiesbaden.

Syphilis et fièvre récurrente (Syphilis und Rekurrensfieber), von S. Nicolau. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 98, Nr. 1, S. 36.) Die aus dem Pasteurinstitut, dem Laboratorium von Levaditi, stammenden Untersuchungen ergeben, daß Injektionen von Rekurrensspirillen (= Spirochäten) in die syphilitisch infizierten Lymphknoten von Kaninchen oder in die Venen von syphilitische Krankheitserscheinungen zeigenden Kaninchen keine Veränderungen in dem Ablauf und der gewöhnlichen Erscheinungsweise der Syphilis der superinfizierten Tiere erkennen lassen. Daraus ergibt sich, daß zwischen der Spirochaeta pallida und der Rekurrensfieberspirochäte kein Antagonismus besteht, wenigstens soweit es Kaninchenversuche erkennen lassen. Bei diesen Tieren fehlt nämlich auch die intensive Fieberreaktion, die Febris recurrens, die vielleicht den Verlauf der Syphilis mit abändern könnte.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Tierexperimentelle Untersuchungen über die Lues der Neugeborenen, von E. Philipp, Univ.-Frauenkl. Berlin. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 2, S. 74.) Es wurde Kaninchen von einer Aufschwemmung aus der zu untersuchenden Plazenta und der Nabelschnur 1 ccm in jeden Hoden eingespritzt. Oder es wurde unter die Skrotalhaut ein etwa erbsengroßes Stück Gewebe implantiert. In den Fällen, in denen im Ausgangsmaterial bei Dunkelfeldanwendung keine Spirochäten gefunden worden waren, war die Impfung negativ. Aber auch nicht alle Kaninchen, die mit spirochätenhaltigem Material infiziert wurden, zeigten Primäraffekte. Immerhin vergingen auch bei positivem Ausfall der Reaktion 2—3 Monate bis zur Entstehung des Schankers, so daß das Verfahren wegen seiner langen Dauer, aber auch wegen seiner Kostspieligkeit für den Kliniker kaum Bedeutung haben dürfte. Für den experimentellen Forscher kann das Verfahren zur Gewinnung von Pallidastämmen angesichts der großen Menge von Spirochäten, die in der Nabelschnur getroffen werden, und der Masse des Materials empfohlen werden, um so mehr, als auch bei stundenlangem Stehen die Spirochäten in der Nabelschnur lebensfähig bleiben.

F. Landauer-Berlin.

Reinfektionsversuche an syphilitischen Kaninchen, von R. Nothhaas, Univ.-Hautkl. Hamburg-Eppendorf. (D. m. W., 1927, Nr. 3, S. 102.) Die Befunde von Kolle, daß Superinfektionen mit heterologen, biologisch gleichwertigen Stämmen in der größten Mehrzahl der Fälle möglich seien, konnten bei 16 Versuchstieren nur zweimal bestätigt werden. Eine dritte positive Nachimpfung wird darauf zurückgeführt, daß zur Erstimpfung ein biologisch jüngerer, zur Nachimpfung ein biologisch alter Stamm verwendet worden ist. Die Syphilisimmunität des Kaninchens scheint somit nicht so sehr verschieden von der des Menschen zu sein, wie es Kolle annimmt. Verf. hat ferner die Untersuchungsergebnisse von Akatsu und Yokota nachgeprüft und sie nicht in allen Punkten bestätigen können. Insbesondere konnte die gegenseitige Beeinflussung der Erst- und Nachimpfung in dem Maße, wie die genannten Autoren sie sahen, nicht beobachtet werden. Die Nachimpfungen mit homologen Stämmen innerhalb 60 Tagen nach der Erstimpfung fielen positiv aus.

F. Harry-Wiesbaden.

Untersuchungen zur Frage der „Vererbung" der experimentellen Kaninchensyphilis, von P. Uhlenhuth und H. Großmann. (M. Kl., 1927, Nr. 1, S. 18—20.) Die Spirochaeta pallida kann die Plazenta passieren und daher aus dem Blute der Mutter auf

Digitized by Google

die Jungen übergehen. Die Möglichkeit einer „Vererbung" kommt also in Frage, wenn die Mutter zur Zeit der Schwangerschaft allgemeininfiziert ist. Kontaktinfektionen sind bisher bei Kaninchen mit Sicherheit nicht nachgewiesen; es ist aber möglich, daß symptomlose Infektionen häufiger als bisher angenommen vorkommen, vielleicht auch durch spirochätenhaltiges Sperma In mehreren Fällen, in denen gelungene Infizierung durch intravenös eingebrachte Spirochäten sicher bei dem Muttertier nachgewiesen werden konnte, zeigten sich die Jungen klinisch und durch Nachweis negativer Drüsenverimpfungen gesund. Die Anwesenheit von Spirochäten im mütterlichen Blut scheint also für die intrauterine Übertragung der experimentellen Kaninchensyphilis nicht zu genügen.
E. Levin-Berlin.

d. Serologie

Die Wassermannsche Reaktion bei der Malaria, von J. K. Mayr, Univ.-Hautkl. München. (M. Kl., 1927, Nr. 3, S. 94—95.) 80 Fälle von Impfmalaria. In 20% wurde im Verlaufe vorangegangener Salvarsanbehandlung negativ gewordene WR während der Malariakur wieder positiv, konnte jedoch durch Nachsalvarsankur wieder zum Umschlag gebracht werden. Es ist sehr wahrscheinlich, daß eine positive Reaktion bei Malaria an die Anwesenheit von Plasmodien im Blut gebunden ist, deren Teilung das Fieber hervorruft. In plasmodien- und fieberfreier Zeit ist positive WR im Sinne einer Lues zu bewerten. E. Levin-Berlin.

Zur Anwendung von Trockenkomplement bei der Wassermannschen Reaktion, von P. O. Ganz-Belgrad. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 101, H. 4/5, S. 225.) Das Trockenkomplement ist sowohl hinsichtlich seiner spezifischen Wirkung als auch seiner Empfindlichkeit dem frischen Komplement gleichwertig. F. Harry-Wiesbaden.

La séro-hémofloculation dans le diagnostic de la syphilis (Die Serumflockungsmethode in der Syphilisdiagnostik), von A. Prunell. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 33, S. 1186.) Angabe einer neuen biologischen Methode der Syphilisdiagnostik, wobei aktives Serum verwendet wird, kein Komplement, der Ambozeptor durch eine sehr kleine Menge Essigsäure ersetzt wird, ferner Hammelblut. Es folgen genaue Einzelheiten über die Technik sowie eine Versuchsreihe von 737 Seren, die parallel mit der WR untersucht wurden: nach Flockungsmethode 25,78%, nach Wassermann 22,11% positiv. Der ganze Versuch nebst Vorbereitungen erfordert nur $1^1/_2$ Stunden.
S. Habermann-Prag.

Die Meinicke-Mikroreaktion, von K. Strelow, Med. Kl. Lindenburg Köln. (M. m. W., 1927, Nr. 2, S. 69.) Untersuchung des Krankenmaterials regelmäßig gleichzeitig nach der WR und der Meinickeschen Mikroreaktion (Ösenmischmethode). Rund 10% Luetiker, behandelte und unbehandelte aller Stadien. Bei jeder der beiden Reaktionen fanden sich 0,2% positive Reaktionen, die sich nach Anamnese, weiterem klinischen und serologischen Befund nicht deuten ließen. Bei 1000 untersuchten Seren Übereinstimmung in 97,8%; in den erwähnten 0,2% ist eine unspezifische Reaktion nicht auszuschließen. Bei häufig behandelten Fällen hält die positive WR scheinbar länger an; sie scheint auch bei erst später behandelten Fällen überlegen zu sein. Die Vorzüge der MTR liegen in der Einfachheit der Handhabung, Eindeutigkeit und Gleichmäßigkeit der Ablesung, Zeitgewinn und Materialersparnis (besonders für Kinderpraxis und statistische Untersuchungen). M. Cohn-Dresden.

Über die praktische Bedeutung der Meinicke-Trübungsreaktion, von F. Szirmai. (M. m. W., 1926, Nr. 2, S. 62.) Die MTR eignet sich besonders durch ihre Einfachheit und Zuverlässigkeit zur Ausführung von Untersuchungen in größeren Mengen. Vergleich der MTR in 1407 Fällen mit der WR. Übereinstimmung in 90,83%. Die nicht übereinstimmenden Resultate waren wechselnd: WR +, MTR — 37mal, WR —, MTR + 44mal. Zur Gewinnung der für WR und MTR nötigen Serummenge braucht man 0,4—0,5 ccm Blut, das aus der Temporalvene von Säuglingen leicht gewonnen werden kann. Einen großen Vorteil bildet bei der MTR die große Haltbarkeit des Extrakts. M. Cohn-Dresden.

Kriterien der therapeutischen Erfolge bei Lues congenita, von I. Heschele-Lemberg. (Verhandl. d. Dtsch. Ges. f. Kinderheilkd. Düsseldorf. (Mschr. f. Kinderheilkd., 1926, Bd. 34, H. 3/6, S. 271.) Für die Beurteilung des Heilerfolges zeigt die MR eine beträchtlichere Empfindlichkeit als die WR, speziell bei der kongenitalen Spätlues und den Lues tarda-Fällen. Bei den frühbehandelten Kindern sind beide Reaktionen gleichwertig. Die Untersuchung des Liquors ergab eine verschiedene Empfindlichkeit einzelner Reaktionen der Behandlung gegenüber. Die Intelligenzprüfung im Laufe der Be-

Digitized by Google

handlung und ihre richtige Deutung müssen als Kriterium des Behandlungserfolges mit herangezogen werden. R. Ley-Kreuznach.

Das Wesen der für Syphilis charakteristischen kolloiden Reaktionen des Blutserums und des Liquor cerebrospinalis, von E. Epstein. (W. kl. W., 1926, Nr. 23, S. 649: Nr. 24, S. 695.) Sämtliche serodiagnostischen Reaktionen (WR, Präzipitationsreaktionen, Goldsolreaktion) beruhen auf dem Prinzip der Ausflockung der in Anwendung gezogenen Kolloide durch die Seren bzw. Liquores Syphilitischer. Bei den Präzipitationsreaktionen gelangen die Flockungen direkt, bei der Goldsolreaktion durch Farbenumschlag zur Ansicht. Die äußerst zarten Flockungen bei der WR sind makroskopisch unsichtbar; hierbei bedient man sich zur Erkennung des Reaktionsvorganges der komplexen Hämolyse als Indikator. Im folgenden wird das Wesen der kolloiddispersen Systeme und kolloidalen Reaktionen in flüssigen Medien erläutert. S. Habermann-Prag.

Über die Reaktionsbreite der Syphilisflockungsreaktionen, insbesondere der Benzocholreaktion von Sachs-Klopstock-Ohashi, von H. Lehmann-Facius, Path. Inst. Städt. Krankenanst. Mannheim. (D. m. W., 1927, Nr. 3, S. 113.) Die Benzocholreaktion nach Sachs, Klopstock und Phashi ist in hohem Maße für Lues spezifisch und nimmt hinsichtlich ihrer Reaktionsbreite eine Mittelstellung zwischen WR und SGR ein. Der Empfindlichkeitsunterschied zwischen Benzocholreaktion und WR ist jedoch kleiner als gegenüber SGR. F. Harry-Wiesbaden.

The Kahn Test. A Superior Method for the Serum Diagnosis of Syphilis (Die Kahn-Reaktion. Eine bessere Methode zur serologischen Diagnostik der Syphilis), von J. E. Houghton, O. B. Hunter und T. Cajigas-Washington. (J. Am. m. Ass., 1926. Bd. 87, Nr. 23, S. 1898.) Verf. hat an 13971 Reaktionen die Kahn-Reaktion und die WR verglichen. Er kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Die Kahn-Reaktion ist auf wissenschaftlicher Grundlage, frei von Hypothesen aufgebaut, kann in allerkürzester Zeit ausgeführt werden, ist einfach und sicher. Sie kann in der ganzen Welt gleichmäßig ausgeführt werden und ist nicht wie die WR von äußeren Umständen (Tierbeschaffung usw.) abhängig. Die Kahn-Reaktion besteht aus drei Serum- und zwei Liquorreaktionen, ist feiner als die WR und befreit die Luesdiagnostik von Empirie und Hypothesen. H. Colman-Berlin.

Ambozeptoren, von F. Klopstock. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 100, H. 1/3, S. 90.) Verf. führt drei Gruppen von Ambozeptoren an, die aus einer von ihm übermittelten Auffassung des Komplements resultieren: „Die Komplementwirkung ist nicht an einen chemisch greifbaren und isolierten Körper geknüpft, sondern an eine kolloidale Zustandsform gebunden"; mit dem Begriff Komplement ist der Begriff Ambozeptor eng verbunden. Die erste Gruppe der sogenannten Ambozeptoren stellen die lytischen Ambozeptoren, die Hämolysine und Bakteriolysine dar. Die zweite Gruppe wird durch Antikörper gebildet, die auf Grund chemischer Affinitäten mit ihrem zugehörigen Antigen zu relativ großen, in kolloidalem Lösungszustand verbleibenden Komplexen zusammentreffen und hierbei den kolloidalen Zustand des aktiven Serums so zu alterieren vermögen, daß eine Aufhebung der Komplementfunktion erfolgt. Bei der dritten Gruppe können Serumbestandteile die Rolle eines Ambozeptors spielen, die nicht auf Grund chemischer Affinitäten, sondern auf Grund ihrer physikalischen Individualität (Teilchengröße, elektrische Ladung usw.) mit einem unspezifischen Antigen derart zusammentreten, daß das kolloidale System des Serumeiweißes alteriert wird. S. Habermann-Prag.

Bemerkungen zu Klopstocks Artikel: „Über die Komplementwirkung des Blutplasmas", von J. Kabelik. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 100, Nr. 1/3, S. 95.) Verf. arbeitet im Gegensatz zu Klopstock (Meerschweinchenkomplement) mit Menschenkomplement und fand folgende Abweichungen: 1. Menschenkomplement wird bloß im Hirudinplasma gut erhalten, während es durch Natriumzitrat und Oxalat stark geschädigt wird. 2. Unter bestimmten Bedingungen, die noch studiert werden, geht es selbst im Hirudinplasma sehr rasch, manchmal schon in wenigen Stunden, zugrunde. Verantwortlich gemacht wird die der Blutentnahme vorangegangene Muskelarbeit oder die während der Verdauungszeit vorgenommene Blutentnahme, schließlich verschiedene Unregelmäßigkeiten in der Lebensweise. Teilweise Gerinnung des Plasmas hat keinen besonders schädigenden Einfluß auf das Komplement. S. Habermann-Prag.

Lues und Senkungsreaktion, von O. H. Adler, Med. Univ.-Kl. Prag. (M. Kl., 1927, Nr. 2, S. 50—53.) Normale Senkungsreaktion schließt eine aktive Lues mit großer Wahrscheinlichkeit aus; ausgeheilte oder latente Lues (mit oder ohne positive WR) ergibt normale Senkungswerte. Die Größe der Senkungsbeschleunigung scheint der Ausbreitung und Progredienz der Lues parallel zu gehen. Hierin liegt der Wert, besonders

Digitized by Google

bei den späteren Formen (Tabes), die bei oft negativer WR durch positive Senkungsreaktion zu energischer spezifischer und unspezifischer Therapie auffordern. Eine solche (auch Malariabehandlung) bewirkt Absinken der Senkungswerte.

E. Levin-Berlin.

Prinzipielles zur Permeabilität der Meningen, von V. Kafka, Serol. Abt. Psych. Univ.-Kl. Hamburg-Friedrichsberg. (M. Kl., 1927, Nr. 3, S. 83/84.) Körper von der Größenordnung der Kolloide gehen normalerweise gar nicht, bei krankhaften Prozessen nur dann in den Liquor über, wenn eine ausgesprochene Erkrankung der Meningen vorliegt. Hämolysinreaktion selten bei Tabes, deutlich positiv nur bei Paralyse und akuten meningitischen Prozessen. Neue Erkenntnisse sind durch die Brommethode F. K. Walters erschlossen (Erhöhung bei Paralyse, manifester Syphilis, senilen und präsenilen Prozessen, symptomatischen Psychosen); doch müssen stets mehrere Methoden zur Prüfung der Permeabilität parallel ausgeführt werden. Im ganzen steht das Permeabilitätsproblem aber erst am Anfang der Klärung. E. Levin-Berlin.

Eine Sitzvorrichtung zur Vereinfachung der Lumbalpunktion, von E. Trautmann-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1926, Nr. 49, S. 2075.) Durch Rückwärtsneigen eines kurzlehnigen Stuhles wird erreicht, daß der Kranke von selbst zur Erhaltung seines Gleichgewichts den Rücken maximal krümmt. Diese „selbstgewählte Zwangslage" alteriert den Kranken viel weniger, als wenn er durch äußeren Zwang zu dieser Lage gezwungen wird. Nie hat Verf. bei Benutzung dieses Stuhles eine Ohnmacht oder andere psychische Störungen beobachtet. D. E. Tangl-Eger.

Eine neue Apparatur zur Liquoruntersuchung, von V. Kafka-Hamburg und R. Weiß-Berlin. (M. m. W., 1927, Nr. 1, S. 27.) Das von Verff. angegebene Besteck enthält alles, was zur Liquordiagnose notwendig ist. Nur die Methoden, welche mit frischem Tiermaterial arbeiten (WR und Hämolysinreaktion), können nicht damit ausgeführt werden. Alle nötigen Apparate und Reagentien werden mitgeliefert. Das Besteck (siehe Abb.) ist für jeden Praktiker, der Liquoruntersuchungen macht, zu empfehlen. H. Colman-Berlin.

e. Therapie

Die Syphilisbehandlung im Wandel der Zeiten, von W. Kerl-Innsbruck. (W. kl. W., 1927, Nr. 1, S. 1 und Nr. 2, S. 47.) Antrittsvorlesung an der Universität Innsbruck. Des Verf. derzeitige Auffassung läßt sich dahin präzisieren: Abortivbehandlung energisch mit Salvarsan. Im Frühstadium große Dosen Salvarsan oder bei Salvarsanschäden kleinere Dosen. Bei positivem Liquorbefund nach Beendigung mehrerer Kuren spezifisch-unspezifische Therapie. M. Cohn-Dresden.

Über die sogenannte Abortivbehandlung der Syphilis, von J. Jadassohn-Breslau. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1926, Nr. 23, S. 749.) Radiovortrag. Für die Abortivkur im eigentlichen Sinne — weniger als 3—4 Wochen alt, auch keine seropositiven Schwankungen innerhalb der Kur, sowie keine Beteiligung der Lymphdrüsen — würde eine Kur, die besonders energisch sein müßte, ausreichen. Bei Berücksichtigung dieser Einschränkungen wird für die meisten Fälle eine Wiederholung nach 1—2 Monaten notwendig sein und bei positiver oder positiv werdender WR mindestens noch eine dritte. Die Kuren sind kombiniert: Neosalvarsan mit Bismut, Dosis N.S. 5—6 g für Männer, 4—5 für Frauen Bi 15—40 ccm, je nach dem Präparat.

D. M. Loewenstein-Bad Nauheim.

Über ein neues reiztherapeutisches Verfahren bei Syphilis, von K. v. Szelle-Arad. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 24, S. 797.) Das Bestreben des Verf., ein Mittel zu finden, das die Vorteile einer Malariakur ohne deren Gefahren böte, führte Verf. zur Anwendung des Gonoyatren in Mischspritze mit Neosalvarsan. Reaktionsbeginn 1—6 Stunden nach der Einspritzung. Fieber (mit Schüttelfrost) 38—39,5 3—10 Stunden dauernd. Quotidiana, Tertiana. Je nach dem Fall bis 16 Injektionen. Anschließend eine Bismutserie; nach 6 Wochen Pause Wiederholung der Fieberkur. Die Reizfieberdose ist immer individuell festzustellen, um möglichst hohe Fieberreaktionen auszulösen. Die Injektion wurde nie vor Ablauf des Fiebers wiederholt. Gonoyatrenlösung 4%, meist mit 50 Millionen Keimen im Kubikzentimeter; Anfangsdosis 10—20 Millionen, steigend bis 150 Millionen, Neosalvarsan 0,15—0,6 p. d. Die Resultate sind bezüglich raschen Schwindens der Symptome sowie Negativwerdens der WR vorzüglich, allerdings beträgt die Beobachtungsdauer nur 7 Monate. Behandelt wurden Primäraffekte, manifeste und latente Sekundärfälle; 7 Tertiärfälle; keine ausgesprochene Tabes und Paralyse.

M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Über die Wertung der Salvarsanprodukte und ihre Toxizitätsverminderung durch Strontiuran, von Ri. Weil, Ru. Weil und W. Gamper-Frankfurt a. M. (Fortschr. d. Ther., 1926, H. 24, S. 799.) Die Verff. bleiben gegenüber Kolle und seinen Mitarbeitern dabei, daß die Hirschsche Trübungsreaktion einen wesentlichen Fortschritt auf dem Wege, die Salvarsantherapie unschädlicher zu machen, bedeutet. Sie behaupten ferner, daß die von Kolle mitgeteilten Befunde (hochoxydierte Salvarsankörper ergäben mit Strontiuran keinen Niederschlag) nichts gegen die Richtigkeit ihrer Auffassung beweisen, da die Hirschsche Trübungsreaktion bereits frühe Oxydationsstufen des Salvarsans anzeigt. Die Toxizitätsverminderung der Salvarsane durch Strontiuran halten Verff. experimentell für erwiesen. M. Cohn-Dresden.

Über Sulfoxylsalvarsan, von W. Noher-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 5, S. 177 bis 178.) In Fällen, die auf andere Kuren ungenügend reagieren, besonders dauernd positive WR zeigen, kann durch Sulfoxylsalvarsan Umschlag bewirkt werden. Zum Beweis wird 1 Fall (!! übrigens vorher nicht sehr kräftig mit 12 × Neosalvarsan 0,45 und dem bekanntlich schwach wirkenden Novasurol behandelter Mann, Ref.) angeführt. E. Levin-Berlin.

Die Ursachen der Salvarsanschäden, von A. Kellermann-Stettin. (M. Kl., 1926, Nr. 53, S. 2031—2032.) Den Salvarsanschäden liegt nicht fehlerhafte Fabrikation zugrunde, vielmehr technische Fehler durch Verwendung toxisch gewordenen Salvarsans. Dies wird bewirkt durch bei nicht unbedingt peinlicher Säuberung der Spritzen in ihnen zurückbleibende gelbe und schwarze Beläge. Solange es nicht gelingt, technisch einwandfreie Spritzen herzustellen, die von diesem Fehler frei bleiben, kann man sich vor den Schäden nur durch entsprechende Säuberung der Spritzen schützen, die auch niemals unmittelbar hintereinander bei verschiedenen Patienten benutzt werden sollen. E. Levin-Berlin.

Salvarsan-Dermatitiden, ihre Prophylaxe und Therapie, von Markus. (Klinitscheskaja Medicina, 1926, Nr. 12.) Beschreibung von 10 Fällen von Salvarsandermatitis, davon 8 bei Frauen, 2 bei Männern, welche im Jahre 1925 an der Charkower Universitätsklinik zur Beobachtung kamen. A. Jordan-Moskau.

Acute Leukaemia Complicated by Syphilis (Durch Syphilis komplizierte akute Leukämie), von A. J. Hawe und F. S. Paterson. (Lancet. 1927, Bd. 212, Nr. 5393, S. 76.) Ein 34jähr. Mann mit frischer Syphilis stirbt 14 Tage nach einer einmaligen Injektion von 0,3 Neosalvarsan. Kurz vor dem Tode ergab eine Blutuntersuchung außer einer Anämie von 35% Hämoglobin 50000 weiße Blutkörperchen, davon 97% Lymphozyten. Die Sektion ergab eine stark vergrößerte Milz und rotes Knochenmark. Malaria war nicht nachweisbar. Das Salvarsan wird nicht als Todesursache, sondern nur als Anlaß der plötzlichen Verschlimmerung betrachtet. F. Rosenthal-Berlin.

Erfahrungen mit Spirozid in der Oto-Laryngologie, von E. Gimplinger, Oto-Laryngo-Rhinol. Abt. Krkh. der Stadt Wien. (M. Kl., 1926, Nr. 52, S. 2003—2005.) Spirozid übt eine eklatante Wirkung auf die manifesten Erscheinungen aus, die Wirkung auf die WR ist geringer als bei Salvarsan. Nebenerscheinungen geringgradig. Bedeutende Gewichtszunahmen. Rezidive werden nicht verhütet. Bei anderen Erkrankungen (Plaut-Vincent, Stomatitiden) kein Einfluß. E. Levin-Berlin.

Le traitement mixte conjugué arséno-bismuthique dans la syphilis (Die gleichzeitige kombinierte Salvarsan-Wismutbehandlung der Syphilis), von A. Sézary. (Progr. méd., 1926, Nr. 50, S. 1866—1873.) Nach mehrfachem Wechsel in den Präparaten und ihrer Anwendungsform hat sich ein Schema herausgebildet, bei dem in den ersten 14 Tagen zweimal wöchentlich, dann einmal wöchentlich, und zwar am gleichen Tage, Novarsenobenzol steigend von 0,15—0,9 und Wismuthydroxyd (je 0,26 metallisches Wismut) gegeben wird. Diese Behandlung verhindert bei seronegativen Primärfällen ein Positivwerden der WR; bei frühzeitigen positiven Fällen tritt meist nach der ersten Serie eine negative Reaktion ein. Es wurden niemals Neurorezidive beobachtet. Besonders wirksam zeigte sich die Methode bei Neurosyphilis. E. Levin-Berlin.

Intoxication bismuthique chez les syphilitiques rénaux (Bismutvergiftung bei nierenkranken Syphilitikern), von J. Dreyfus. (Thèse de Paris, 1926. Presse méd., 1926, Nr. 97, S. 1530.) D. hat gelegentlich bei einem Syphiliskranken vollständiges Versagen der Nierentätigkeit nach einer einzigen Injektion von Bismut eintreten sehen. Die Anwendung dieses Mittels ist bei allen schwerer nierenkranken Syphilitikern zu unterlassen, wenn sie auch bei leichteren Nierenaffektionen unter bestimmten Kautelen zulässig ist. Immerhin sind bei der Komplikation von Lues und Nierenkrankheit die

Digitized by Google

Arsenverbindungen bei vorsichtiger Dosierung vorzuziehen, da dieselben sogar auch heilend auf die Nierenaffektion einzuwirken imstande sind.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mécanisme de l'action tréponémicide du tellure (Der Mechanismus der spirochäziden Wirkung des Tellur), von C. Levaditi und S. Nicolau. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 36, S. 1417.) Histologische Untersuchungen frischer Syphilome von mit Tellur behandelten Kaninchen ergaben, daß schon am 2. Tage nach der Behandlung morphologische Veränderungen sich an den Spirochäten im Schnitt nachweisen lassen, wie Irregularität der Windungen, Ringbildungen, Endknoten. Diese Involutionsformen nehmen an Zahl und Intensität immer weiter zu und werden von den Leukozyten aufgenommen, deren sich der Organismus bedient, um die durch das Mittel geschädigten Parasiten zu eliminieren. Letztere Schädigung der Parasiten durch das Metall ist als der primäre Vorgang anzusehen, dem sekundär die Entfernung der Spirochäten aus dem Organismus durch die Phagozytose, als Ausdruck der ebenfalls durch das Mittel hervorgerufenen erhöhten Abwehrvorgänge, folgt. Dementsprechend finden sich diese Veränderungen nur in den Syphilomen, in denen sich das Tellur in entsprechender Menge nachweisen ließ, und fehlen dort, wo nur minimale Mengen vorhanden waren.

B. Peiser-Berlin.

Malaria Treatment of Central Nervous System Syphilis (Malariabehandlung der Syphilis des Zentralnervensystems), von J. R. Driver, J. A. Gammel und L. J. Carnosh-Cleveland. (J. Am, m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 22, S. 1821.) Die Untersuchungen beziehen sich auf 79 mit Malaria geimpfte Fälle, von denen nur 65 verwertbar sind. Davon sind 31 progressive Paralyse, 2 juvenile Paralyse, 13 Taboparalyse, 12 Tabes dorsalis und 7 Lues cerebrospinalis. Es werden etwa 26% vollständige Remissionen, etwa ebensoviel erhebliche Besserungen berechnet. 4 Fälle starben indirekt mit an der Malaria. Beide Fälle von juveniler Paralyse sind nicht gebessert. Bei den 12 Tabikern verschwanden für mehrere Monate bei 3 gastrische Krisen und lanzinierende Schmerzen, bei 6 weiteren milderten sich diese Beschwerden. Bei zerebrospinaler Syphilis wurden wesentliche Besserungen der Liquorverhältnisse erzielt, die mit Ausnahme der Kolloidreaktionen bei der Metalues wie auch bei den hiesigen Erfahrungen nicht mit der Besserung von vornherein parallel gingen. An die Malariabehandlung schloß sich regelmäßig eine antisyphilitische Therapie an, Salvarsan wurde häufig vermieden.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Malariabehandlung bei nervöser Frühlues, von O. Kauders, Univ.-Nervenkl. Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 3, S. 85.) Ausführliche Mitteilung von drei Fällen gummöser Meningitis, die nach voraufgegangener verspäteter oder zu gering dosierter spezifischer Behandlung schwerste psychisch-nervöse Zeichen, zwei davon Stauungspapillen, stark positive Befunde in Blut und Liquor, Paresen verschiedener Gehirnnerven, Reflexstörungen aufwiesen. Trotz des recht ernsten Zustandes Malariabehandlung, an die sich bei Fall 1 Neosalvarsan (3,15 g), bei Fall 2 12 Quecksilberinjektionen, intravenöse Staphylokokkeninjektionen und Neosalvarsan (3,75 g) anschlossen. In allen drei Fällen im Verlaufe weniger Monate hervorragende Besserungen mit Rückbildung fast aller Symptome bis zum Negativwerden der WR im Blut bei Fall 1, starker Abschwächung bei Fall 2 und 3 und sehr weitgehender Sanierung des Liquors. Bedeutungsvoll sind das Verschwinden der erheblichen Stauungspapillen im Verlaufe von etwa 3 Monaten. Besonderer Hinweis auf Fall 3, wo ein Neurorezidiv infolge voraufgegangener unzulänglicher Salvarsanbehandlung einer Therapie von Quecksilber, Neosalvarsan und Staphylokokkenvakzine trotzte, und wo erst die Malariabehandlung anscheinend ohne weitere daran anschließende spezifische Behandlung grundlegend Wandel schuf. Frühluische Prozesse im Zentralnervensystem sollen unverzüglich einer Malariakur zugeführt werden.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Indikation zur Malariabehandlung der Frühlues, von F. Behring, Städt. Hautkl. Essen. (M. m. W., 1926, Nr. 48, S. 2016.) 1230 Fälle. Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion wird betont (Verf. bevorzugt die Okzipitalpunktion). Mindestforderung einer Liquoruntersuchung bei Abschluß einer guten Behandlung, etwa am Schlusse des zweiten Jahres nach der Infektion. (Über das zweite Jahr hinaus hat Verf. ein Positivwerden des Liquors nicht beobachtet.) Der negative Ausfall der Liquoruntersuchung bietet keine absolute Sicherheit, der positive jedoch weist auf drohende Gefahr für das Zentralnervensystem hin. Die Blut-WR ist für den Zustand des Zentralnervensystems nicht maßgebend. 460 Kranke wurden mit Malaria behandelt. Großer Wert wird auf gute Vor- (Bi) und Nachbehandlung (Neosalvarsan) gelegt. Die guten Erfolge

Digitized by Google

wurden durch Liquoruntersuchungen bestätigt (Nachpunktion frühestens 4 Monate nach der Malaria!). Die kombinierte Bi-Malaria-Salvarsanbehandlung ist allen anderen Behandlungsmethoden überlegen. D. Tangl-Eger.

Unübertragbarkeit der Impfmalaria durch Anophelen, von E. Weiß-Triest (W. kl. W., 1926, Nr. 52, S. 1507.) Zum Zweck einer Nachprüfung, ob Impf-Malaria tertiana durch Anophelen übertragbar sei, wurden in höheren Passagen einheimischer Stämme fiebernde, reichlich Plasmodien beherbergende Paralytiker Herbst 1924 6 bis 8 Tage lang Anophelesstichen ausgesetzt. Obwohl drei Anophelesmücken ausschließlich vom Blute dieser Paralytiker lebten, kam keine Malariainfektion bei den Mücken zustande. Im Sommer 1925 gelang ein ähnlicher Versuch ebensowenig. Die äußeren Bedingungen waren einer Infektion an sich günstig, da die Versuche in Triest vorgenommen wurden. (Diese Untersuchungen lassen im Hinblick auf entgegengesetzte Erfahrungen englischer Autoren keinen Schluß auf Unübertragbarkeit der Malaria auf Anopheles zu. Ref.) W. Kirschbaum-Hamburg.

Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse und der Tabes, von Plehn. Städt. Krkhs. am Urban-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 1, S. 7.) Die Erfolge bei manisch eingestellten Paralytikern sind besser als die bei depressiven, körperlich herabgekommenen Patienten. Paralytiker von mehr als 60 Jahren und solche mit Veränderungen des Herzens und der Aorta wurden von der Behandlung ausgeschlossen. Von 42 Paralytikern und Taboparalytikern zeigten 25 deutliche Besserungen, 11 blieben unbeeinflußt, und 6 starben an Sepsis, Pneumonie, Gangrän, Parotitis und allgemeiner Erschöpfung. Zur Unterbrechung der Behandlung wurde an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 1,2 g, am dritten noch 0,6 g Chinin. muriatic. intramuskulär gegeben. Eine Nachbehandlung mit Salvarsan hält Verf. für überflüssig. Bleibt ausnahmsweise die Heilung nach Impfung mit Tertiana aus, so muß man zur Tropikainfektion greifen, die entweder mit kleinen Chininmengen abgeschwächt oder, wenn Gefahr droht, abgebrochen wird, um dann zum zweiten Male angewandt zu werden. In einigen Fällen von Taboparalyse wurde günstige Wirkung auch auf die Tabes beobachtet. Tabiker wurden nur dann mit Tertiana behandelt, wenn der Sehnerv bedroht oder unerträgliche Schmerzen vorhanden waren. Bei Frühformen der Hirnlues erreicht man mehr mit Salvarsan, Hg-Schmierkur und Jodkali. Die Malariabehandlung der Frühsyphilis wird wegen der Gefahren, die damit verbunden sind, abgelehnt. F. Harry-Wiesbaden.

Einige Bemerkungen über Impfmalaria. I. Über den Typus der Fieberanfälle, von J. Wagner-Jauregg. (W. kl. W., 1927, Nr. 1, S. 26.) Wagner-Jauregg bleibt gegenüber der von Bravetta vertretenen Ansicht, daß es eine Malaria quotidiana nicht gäbe, sondern daß es sich in diesen Fällen um mehrfache Infektionen oder um Blutspender mit Plasmodien in verschiedenen Reifungsstadien handle, bei seiner Ansicht, daß die Fieberanfälle bei Paralytikern in reinem Quotidiantypus verlaufen. Die Kranken wurden stets ein einziges Mal mit Blut eines anderen Impfmalarikers geimpft. Die Zahl der Fälle, die in reinem Tertianatypus verliefen, betrug ungefähr ein Siebentel aller Fälle von Impfmalaria. Diese Eigenschaft hat die Impfmalaria nicht etwa im Laufe der Menschenpassagen erworben, sondern gleich von Anfang an gezeigt. Es wird notwendig sein, durch weitere Experimente, womöglich mit einem frischen Stamm von Impfmalaria, zu prüfen, inwieweit der Impfmodus oder die Beschaffenheit der geimpften Kranken den Quotidianatypus der Impfmalaria bewirkt. M. Cohn-Dresden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die 15. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft findet am 5. bis 7. September 1927 in Bonn statt. Thema: Biologie und Pathologie der Röntgenstrahlenwirkung (Referenten: H. Meyer-Bremen, Grebe-Bonn, Miescher-Zürich). Anmeldung von Vorträgen usw. bis 15. Juni bei Prof. E. Hoffmann, Theaterstr. 5.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Erich Schmidt in Tübingen zum a. o. Professor. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 17 (Bd. 84) 23. April 1927

MARCH OF THE DERMATOLOGICAL LABORATORIES

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Frankfurt a. M.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Herxheimer)

Kasuistischer Beitrag zum Granuloma teleangiectodes sive pediculatum

Von

Dr. E. Hartmann, Assistent der Klinik

Mit 5 Abbildungen im Text

Der auffällige Verlauf eines in wenigen Wochen entstandenen Tumors, der als Granuloma teleangiectodes aus dem histologischen Präparat diagnostiziert wurde, gab, angesichts der relativen Seltenheit dieser Erkrankung in hiesiger Gegend, Veranlassung, die hier untersuchten Fälle von Granuloma teleangiectodes aus den letzten Jahren mitzuteilen.

Fall 1. R., Hausfrau, 56 Jahre alt, angeblich früher nie hautkrank. Die jetzt bestehende Affektion begann vor etwa 4 Wochen als ein etwa linsengroßes Knötchen, das weich und warzenartig am Grundglied des Zeigefingers der rechten Hand gegenüber dem Daumen saß. Die Affektion wurde zuerst bemerkt, als sie blutete, und sie blutete von da ab jeden Tag bei der geringsten Arbeit. Irgend welche Hausarbeit zu verrichten, wurde bald vollkommen unmöglich, und die Blutungen, die jeden Verband durchtränkten, waren kaum zu stillen. Nach etwa dreiwöchigem Bestehen wurde die Oberfläche der Affektion weicher, und sie begann ohne äußeren Anlaß plötzlich zu wachsen. Im Verlauf von etwa 8 Tagen entstand ein aus der Haut herausquellendes wurstförmiges Gebilde von etwa 2 cm Länge und dem Umfang einer dicken Erbse, weich, fleischfarben und bald mit bräunlichen Krusten bedeckt. Immer noch täglich kaum zu stillende Blutungen. Seit den letzten 8 Tagen Schmerzen in der Hand und im ganzen Arm.

Bei der ersten Konsultation in unserer Poliklinik entsprach die Wucherung in ihrer Größe der obigen Beschreibung, die Farbe aber war dunkelrotbraun und der Tumor mit schmutzigen Krusten bedeckt. Der Verband war vollständig durchblutet. Pat. klagte noch über Schmerzen im Arm, und die Untersuchung ergab eine geringe Schwellung der Axillardrüsen, die druckschmerzhaft waren.

Pat. wurde für den nächsten Tag zur Exzision bestellt. Als der von neuem durchblutete Verband abgenommen wurde, lag das Geschwülstchen abgestoßen und halb trocken im Verband. Die Stelle, wo es gesessen hatte, war mit einer schmutzig-blutigen Kruste von etwa Fünfpfennigstückgröße bedeckt, eingefaßt von einer dicken aufgeworfenen Epithelkrause.

Nach etwa 5 Tagen war die Kruste abgestoßen, die darunter liegende Fläche zart epithelisiert und von der Epithelkrause noch ein flacher Rest vorhanden. Schmerzen hatte die Pat. nicht mehr, und sie konnte auch alle Hausarbeit wieder verrichten.

Der abgestoßene Tumor wurde in Formalin fixiert, in Paraffin eingebettet und geschnitten. Die mit Kresylechtviolett, Hämatoxylin-Eosin, Resorzin-Fuchsin und nach van Gieson gefärbten Schnitte ergaben folgenden Befund (siehe Abb. 1): Der Oberfläche des Tumors sind zahlreiche Kokkenhaufen aufgelagert. Fast die ganze äußere Zone ist nekrotisch, kernarm und an vielen Stellen von noch erkennbaren Blutungsherden

Digitized by Google

durchsetzt. An der einen noch nicht ganz nekrotischen Randstelle ist ein kavernöser Aufbau noch leidlich erkennbar. Zwischen den von einer homogenen Masse erfüllten Hohlräumen, in denen hier und da ein Leukozytenkern noch zu sehen ist, ist viel Pigment (Blutpigment) abgelagert. Nach dem Zentrum des Tumors zu wird der kavernöse Aufbau immer deutlicher. Auch hier finden sich an einzelnen Stellen größere Blutungen

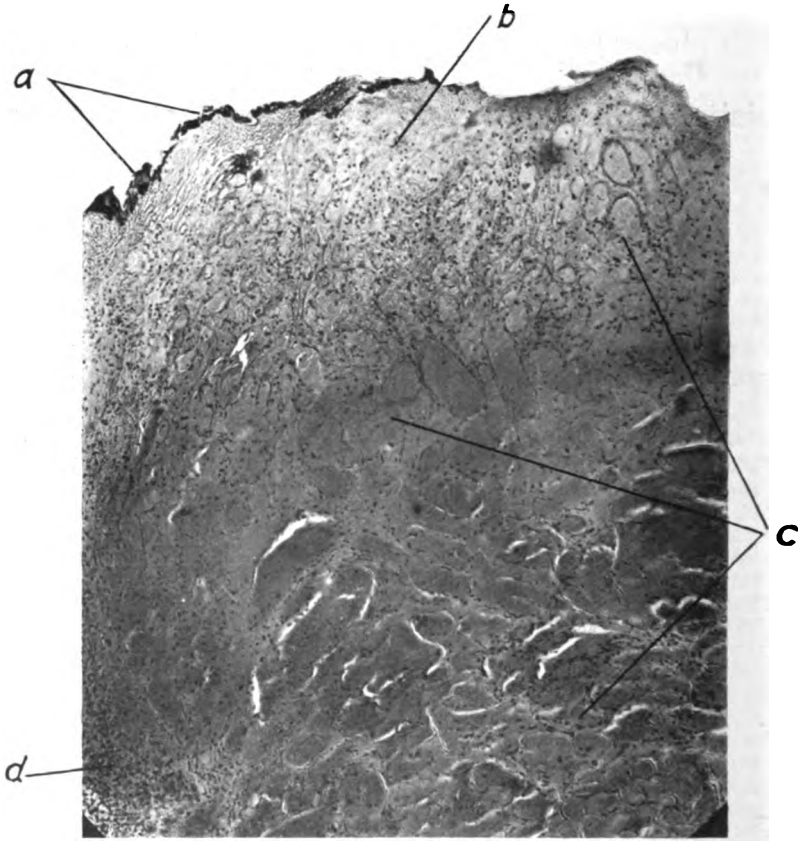


Abb. 1. a = Kokkenhaufen auf der Oberfläche. b = Blutung und Nekrose. c = Kavernöses, blutgefülltes Gewebe. d = Spärliches, infiltriertes Bindegewebe. (Leitz Obj. 3, Ok. 4)

und Nekrosen. Das Bindegewebe ist im Zentrum des Schnittes (Querschnitt) nur sehr spärlich entwickelt. Überall sieht man darin ein mittelstarkes Infiltrat von Rundzellen und polynukleären Leukozyten, dazwischen vereinzelt Häufchen großer blasser Kerne, die in enger örtlicher Beziehung zu den Wandungen der Hohlräume stehen und wohl als Angioblastenkerne aufzufassen sind. Regelrecht aufgebaute Gefäße mit Muskularis und Adventitia sind nirgends in den Schnitten zu finden. Die Färbung mit Resorzin-Fuchsin nach Weigert zeigte keine Spur elastischen Gewebes. Die ganze, in den Hohlräumen liegende homogene Masse

Digitized by Google

wird dunkelbraun auf Salzsäurezusatz und gibt die Benzidinreaktion, ist also Blut.

Fall 2. Frau K., Hausfrau, 45 Jahre alt, bemerkte etwa 3 Wochen, bevor sie unsere Sprechstunde aufsuchte, eine Rauhigkeit am linken Mundwinkel, an der sie, da es sie beim Anfühlen mit der Zunge störte, häufig herumkaute. Nachdem es einige Male leicht geblutet hatte, wuchs allmählich im Verlauf von etwa 14 Tagen ein kleines Knötchen aus der Haut heraus, ohne weiter zu bluten oder zu schmerzen. Da das dauernde, wenn auch langsame Wachstum sie ängstigte, suchte sie unsere Poliklinik auf.

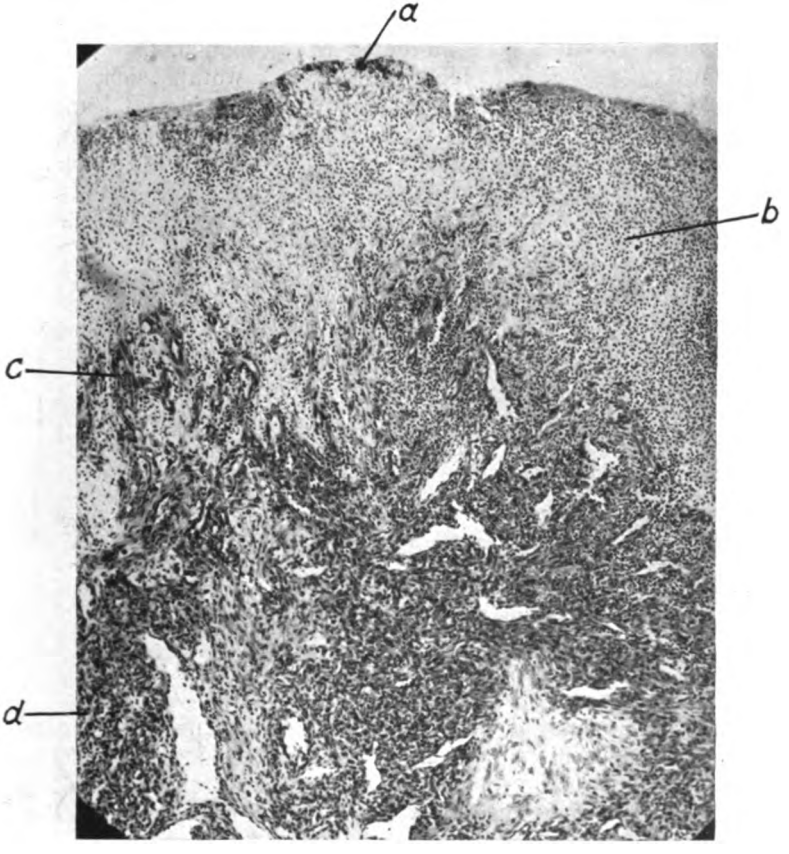


Abb. 2. a = Kokkenhaufen auf der Oberfläche. b = Leukozytär infiltrierter Fibrinmantel. c = Isolierte Kapillaren u. Kapillarsprossen. d = Spez. zellreiches Gewebe. (Leitz Obj. 3, Ok. 3)

Befund: Im linken Lippenwinkel, der Zahnreihe zugekehrt, sitzt breitbasig auf der Schleimhaut ein etwa erbsengroßes, rundliches Knötchen von blaßrötlicher Farbe, mit einzelnen durchschimmernden Gefäßen. Das Schleimhautepithel zieht sich ringsum etwas an dem Tumor hinauf und schneidet oben scharfrandig ab. Pigmentierung, Ulzeration oder Auflagerungen sind nicht zu erkennen.

Der Tumor wurde in Lokalanästhesie mit der umgebenden Epithelmanschette exzidiert und die kleine Wunde mit einer Naht geschlossen. In der üblichen Zeit wurde der Faden entfernt, die Exzisionswunde zeigte nichts Besonderes. Etwa 14 Tage nach der Exzision kam die Frau noch einmal und hatte jetzt ein Rezidiv an der Exzisionsstelle. Es bestand wieder ein etwa erbsengroßer blaßrötlicher Tumor mit leicht durchschimmernden Gefäßen. Das Epithel darüber war offenbar intakt, denn man sah weder

Digitized by Google

Unebenheiten der Oberfläche noch eine Manschette als Zeichen des Durchbruchs durch das Epithel. Zu einer erneuten umfangreicheren Exzision ließ sich die Pat. nicht bewegen und kam uns so aus den Augen.

Das in Formalin fixierte und in Paraffin eingebettete Material zeigt folgenden Befund (siehe Abb. 2):

Mit einem schmalen Stiel bricht das spezifische Gewebe durch das Epithel, das im Sinne einer Akanthose verändert ist. An einer Stelle, an der das Epithel durch den Druck des wachsenden Tumors sehr verschmälert ist, findet sich eine körnige Degeneration der Epithelzellen mit Vakuolenbildung. Deutlich kann man an der Basis erkennen, daß ein Teil des spezifischen Gewebes stehengeblieben sein muß, woraus sich, analog den sonstigen klinischen Beobachtungen über das Granuloma teleangiectodes, das Rezidiv erklärt. Auf der Oberfläche zahlreiche kleine Kokkenhäufchen. Die breite Außenschicht des Tumors besteht aus einer homogenen Masse, die sich nach der Weigertschen Färbung als in der Hauptsache aus Fibrin bestehend erweist und in die sehr zahlreiche polynukleäre Leuko-

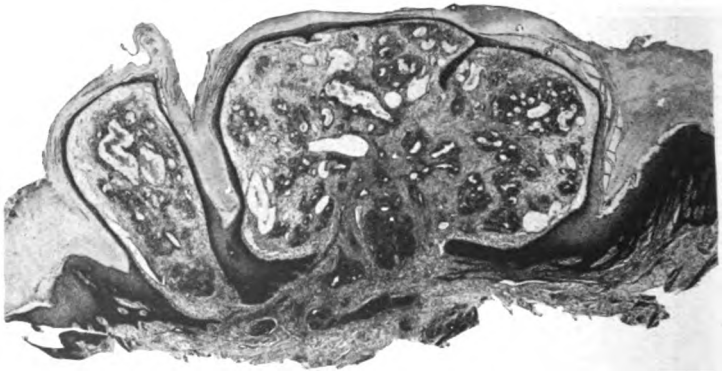


Abb. 3. Übersichtsbild. (Obj. 1 X, Ok. 2)

zyten und vereinzelte pyknotische Rundzellenkerne eingelagert sind. Unter dieser Außenschicht, verschiedentlich mit feinen Ausläufern in sie hineinragend, liegt das von wenigen Leukozyten durchsetzte äußerst zellreiche Gewebe, in dem mit der van Gieson-Färbung nur in der Nähe der Basis vereinzelte dünne Bindegewebszüge nachzuweisen sind. Dieses zellreiche Gewebe zeigt nur große, blasse, ovale Kerne, die ungeordnet durcheinander liegen und zwischen denen man bei stärkerer Vergrößerung überall Kapillaren und größere mit Endothel ausgekleidete Hohlräume sieht, die keine gefäßartigen (Arterie oder Vene) Wände haben, ebensowenig eine elastische Membran, und in denen an vielen Stellen rote Blutkörperchen liegen. An der Grenze zur fibrinreichen Außenschicht löst sich dieses Gewirr in deutlicher erkennbare Kapillaren und Kapillarsprossen auf.

Fall 3. R., 58 Jahre alt, Schlosser, hat seit angeblich einem halben Jahre auf der Kuppe des Zeigefingers der rechten Hand ein etwa hanfkorngroßes blaßrötliches Knötchen, das in geringem Umfange seine Größe wechselt und alle paar Tage, zumeist auf dem Höhepunkt der Vergrößerung, schon bei geringem Anstoßen so blutet, daß die

Digitized by Google

Blutung kaum zu stillen ist und auch größere Verbände von Blut durchtränkt werden. Wodurch das Knötchen ausgelöst sein könne, vermag der Pat. nicht anzugeben; er glaubt aber mit Sicherheit eine vorausgegangene Verletzung ausschließen zu können. Schmerzen haben im Finger oder in der Hand nie bestanden. Die Ausübung des Berufes war auf das äußerste beeinträchtigt und zeitweise vollkommen unterbrochen.

Befund: Auf der Kuppe des rechten Zeigefingers sieht man ein etwa linsengroßes, flaches Knötchen von blasser, aus der Tiefe etwas rötlich durchschimmender Farbe. Die

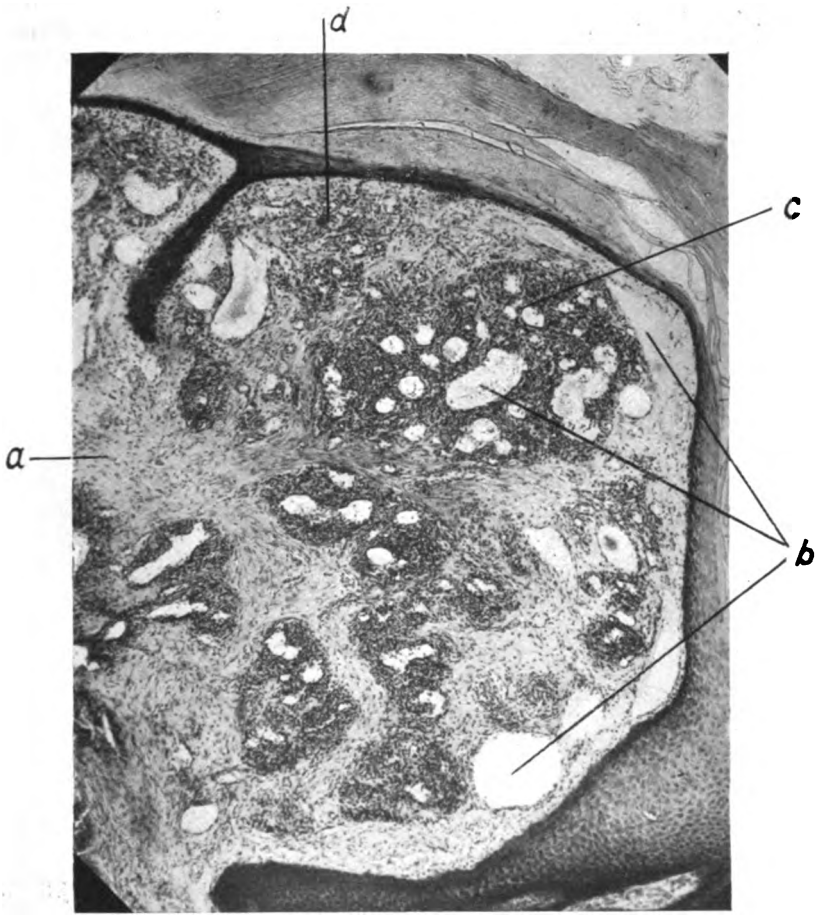


Abb. 4. a = Bindegewebiges Gerüst. b = Endotheliale teils blutgefüllte Hohlräume. c = Spez. zellreiches Gewebe. d = Leukozyten-Infiltrat und Pigment. (Leitz Obj. 3, Ok. 3)

Haut scheint gleichmäßig von der gesunden Umgebung auf die Affektion überzugehen und fühlt sich auf der Affektion sehr hart an, wie verhornt. Irgend eine Läsion des Epithels ist zur Zeit nicht darauf zu erkennen. Die Affektion ist klinisch nicht entzündlich.

Therapie: Exzision und Naht. Glatter Verlauf mit primärer Heilung. Das exzidierte Stück wurde in Formol fixiert und in Paraffin eingebettet.

Das histologische Bild (siehe Abb. 3) zeigt zwei Geschwülstchen, die scheinbar aus dem Papillarkörper kommen, expansiv nach außen gewachsen sind und die Basalzellenschicht der Epidermis vor sich hergetrieben haben.

Digitized by Google

Diese Schicht überzieht die beiden Geschwülstchen vollkommen, wird aber, je näher dem Scheitel des Tumors, um so atrophischer. In den Seitenpartien findet man im Epithel zahlreiche Mitosen. Die Oberfläche des Tumors zeigt geringe Hyperkeratose. Eine Dehiszenz des Epithels über dem Tumor konnte in einem tangentialen Schnitte gefunden werden. Es ist offenbar die Stelle des letzten Traumas, das zur Blutung geführt hat. An dieser Stelle grenzt das von Hohlräumen durchsetzte Gewebe direkt an eine aufgelagerte Kruste, die Kerntrümmer und Pigment-

Abb. 5. a = Leukozytär infiltrierter Fibrinmantel mit Kokkenhäufchen. (Leitz Obj. 3, Ok. 1)

schollen enthält. Mehrere Hohlräume sind eröffnet und enthalten viel rote Blutkörperchen. Die Gefäße des Papillarkörpers und des oberen Koriums sind vielfach von einem Infiltrationsmantel umgeben. An einer Stelle sieht man auch Wucherungen des Endothels teils in Form von Kernvermehrung, teils als in das Lumen vorspringende Gewebsvermehrung. Der Tumor selbst (siehe Abb. 4) führt strangartig etwas lockeres Bindegewebe, in dem vereinzelt Leukozytenkerne zu sehen sind. Die Hauptmasse wird aber gebildet durch große Haufen wirr durcheinander liegender großer, ovaler, blasser Kerne, die von vielen größeren und kleineren endothelial ausgekleideten Hohlräumen durchsetzt sind. Endothelial aus-

Digitized by Google

gekleidete Hohlräume derselben Art finden sich ebenso zahlreich auch in dem übrigen lockeren Gewebe, die größten davon an der Peripherie unter der Epitheldecke. Fast überall enthalten die Hohlräume noch etwas Blut. Am Scheitel des Tumors, d. h. an der Stelle der häufigen Blutungen, fällt ein mäßiges Infiltrat polynukleärer Leukozyten und Reste von (wahrscheinlich) Blutpigment auf. Elastische Fasern sind mit Resorzin-Fuchsin wohl im Rest des Papillarkörpers, aber nirgends im Tumor selbst nachzuweisen, ebensowenig ein regelrechter Aufbau von Gefäßwänden.

Fall 4. Frl. F., 21 Jahre alt, Dienstmädchen von Beruf, kam im März 1926 in unsere Poliklinik wegen eines Tumors auf der Zunge, dessen andauerndes Wachstum sie beunruhigte. Die Geschwulst bemerkte sie angeblich erstmalig vor etwa einem halben Jahre. Eine Verletzung soll nicht vorausgegangen sein[1]).

Befund: Auf dem Zungenrücken in der Mittellinie sieht man einen etwa haselnußgroßen Knoten von blaßrötlicher Farbe, der durch den Druck an den Gaumen flachgedrückt ist. Der Tumor läßt sich von der Unterlage abheben, so daß man den etwa $^1/_2$ cm breiten Stiel erkennen kann.

Wegen des Verdachtes einer malignen Wucherung wurde Pat. der chirurgischen Klinik überwiesen, wo der Tumor mit Stiel entfernt wurde. Die Nachuntersuchung des für ein Lymphangiom gehaltenen Tumors ergab folgenden Befund:

Der Tumor sitzt mit einem etwa 3 mm breiten Stiel der Zungenoberfläche auf. Bindegewebe sowohl als auch Muskulatur der Zunge sind in den Stiel mit hineingezogen. Die Bindegewebszüge lassen sich weit in den Tumor hinein verfolgen. Die oberen Lagen der Zungenmuskulatur biegen in der Nachbarschaft des Stieles aus der zur Zungenoberfläche parallelen Richtung in eine dazu senkrechte ab und werden in dem Stiel bis über das Niveau der Zungenoberfläche mitgeführt. Auch Teile der an und für sich doch relativ tief liegenden NUHNschen Drüse werden in ihrem drüsigen Anteil bis zur Höhe der Zungenoberfläche mit hinaufgenommen. In der Umgebung des Stieles besteht ein geringes papilläres und subpapilläres Infiltrat.

Die Gefäße in der Nachbarschaft des Stieles zeigen keine pathologischen Veränderungen. Der Tumor selbst (siehe Abb. 5) besteht in der Tiefe aus einem Gerüst breiter lockerer Bindegewebszüge, in dessen Lücken große Haufen großer, blasser, ovaler Kerne liegen. Zwischen diesen blassen Kernen eine Anzahl schmaler, gestreckter, zu spaltförmigen Kapillarlumen konfigurierter Kerne und eine Unzahl kapillarer Endothelröhren, die rote Blutkörperchen enthalten. In den äußeren Abschnitten des Tumors ist das Bindegewebe fast vollständig verschwunden. Das ganze Gewebe besteht nur noch aus Kapillaren und teils einzeln, teils in Häufchen liegenden großen, blassen Kernen, die als Angioblastenkerne gedeutet werden. Die äußerste Peripherie wird von einer homogenen Masse gebildet, die durch die enorme Menge eingelagerter segmentierter Kerne ein netzartiges Gefüge bekommen hat. An der Übergangszone

[1]) Nach brieflicher Mitteilung der Patientin begann die Erkrankung auf der Zunge als ein kleines „Pickelchen", ungefähr so groß wie der Kopf einer Stecknadel, ohne daß eine Verletzung vorausgegangen wäre. Es entwickelte sich allmählich zur Geschwulst und blutete täglich sehr stark, auch ohne irgend welche Ursachen, d. h. nicht nur beim Essen oder sonst einer Tätigkeit der Zunge. Die Zunge ist nach der Entfernung der Geschwulst sehr schön geheilt und nicht das geringste mehr daran zu sehen.

Digitized by Google

zwischen den tumorartigen Zellmassen und der äußersten Peripherie kann man zahlreiche isoliert liegende Kapillaren, die Erythrozyten enthalten, und ebenso zahlreiche Kapillarsprossen erkennen. Dazwischen noch sehr reichlich Leukozytenkerne und an allen Stellen Leukozyten bei der Emigration durch die Kapillarwände. Gefäße mit regelrecht aufgebauten Wänden fehlen in den vorliegenden Schnitten sowohl im Tumor als auch im Stiel. Spezialfärbungen konnten leider nicht ausgeführt werden, da außer den beiden Gefrierschnitten, die der obigen Beschreibung zugrunde liegen, von dem Tumor kein Material mehr vorhanden war.

Das klinische Krankheitsbild erscheint in diesen 4 Fällen im ersten Moment verschiedenartig, ist aber bei dem Vergleich der Einzelsymptome weitgehend übereinstimmend. Die Größe der Tumoren entspricht im ganzen den Angaben der Literatur. Nur Fall 3 unserer Kasuistik ist insofern etwas Besonderes, als sein Sitz ein rein subepidermaler ist. Das Leitsymptom der Blutungen kommt bei den Fällen 1, 2 und 3 in den anamnestischen Angaben der Pat. in charakteristischer Weise zur Geltung. Bei dem vierten Fall war eine eingehende Anamnese leider nicht mehr erreichbar. Mit Ausnahme des Falles 3 waren Traumen als auslösende Ursache der Granulome nicht mit Sicherheit festzustellen. Aber auch bei Fall 3 könnte die Rauhigkeit, die die Pat. veranlaßte, an ihrer Mundschleimhaut zu beißen, schon das beginnende Granulom gewesen sein. Der Sitz an der Hand als Ort der häufigsten Verletzungen ist auch bei unseren wenigen Fällen der häufigste; aber auch Mundwinkel und Zunge werden in der Literatur als Lieblingssitz angegeben (Kaufmann: Spez. path. Anatomie). Spontanes Abstoßen des Granuloms wie bei unserem ersten Falle fand ich in der Literatur des in Europa vorkommenden teleangiektatischen Granuloms nicht beschrieben. Erwähnt wird es aber schon von E. v. Bassewitz (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1906, Bd. 10) bei Beschreibung einer Endemie übertragbarer Granulome, die histologisch von Bennecke (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1906, Bd. 10) als Granulationsgeschwülste aufgefaßt worden sind. Die in der Hand und im Arm bei unserem Fall 1 aufgetretenen Schmerzen erklären sich zwanglos als Symptom einer geringen Lymphangitis und Lymphadenitis, verursacht durch Resorption von Bakterien und Bakteriotoxinen von der Oberfläche des stark mit Kokkenhaufen besetzten halbnekrotischen Tumors. Auch das Auftreten eines Rezidivs nach nicht genügend tiefer Exstirpation hatten wir bei unserem Fall 3 zu beobachten Gelegenheit.

Auf die Frage der Ätiologie der Erkrankung kann mangels eigener Untersuchungen nicht eingegangen werden; bezüglich aller anderen Probleme verweise ich auf die Arbeit von Delbanco in der W. m. W., 1926.

Von Interesse ist noch der histologische Befund. Unser Fall 1 ist, wenn man so sagen darf, ein reines „Kapillarkavernom". Der ganze Tumor besteht, abgesehen von dem äußerst spärlichen, nur im Zentrum zu findenden Bindegewebe, nur aus stark erweiterten und strotzend mit Blut gefüllten Kapillaren. Die übrigen Fälle sind eigentlich nur verschieden in bezug auf das Mengenverhältnis der Gewebsanteile unter sich, die den Tumor aufbauen. Im Prinzip sind sie alle gleich: geringes Bindegewebsgerüst; große Massen eines Konvolutes von endothelialen

Digitized by Google

Hohlräumen und Kapillaren, durchsetzt von zahlreichen Angioblasten; homogene, von Leukozyten durchsetzte und von isolierten Kapillaren und Kapillarsprossen durchwucherte Außenschicht (Fibrin), letztere nur fehlend, so lange der Granulationstumor das Epithel noch nicht durchbrochen hat.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Kgl. Ung. „Pázmány-Péter"-Universität in Budapest (Dir.: Prof. L. A. NÉKÁM)

Über die Wirkung des Neosalvarsans auf die Bildung der Immunkörper

Von

Dr. N. MELCZER, Assistent der Klinik, und Dr. O. DAHMEN, Assistenzarzt der Universitäts-Hautklinik in Hamburg (Dir.: Prof. P. MULZER)

Mit 2 Abbildungen im Text

Über die Wirkungsweise des Salvarsans und seiner Derivate bestehen dreierlei verschiedene Anschauungen. Nach der ersten Ansicht wirkt das Salvarsan nur ätiotrop; nach einer anderen Auffassung wird seine Wirkung — neben der ätiotropen, direkten Art — durch die Mobilisierung der Antikörper des Organismus erreicht; endlich wirken nach einer dritten, am wenigsten verbreiteten Hypothese nur aspezifisch die Arsenobenzole und ihre Derivate.

Nach dem heutigen Stand unseres Wissens ist noch nicht genügend bewiesen, daß bei der Salvarsanwirkung auch der hypothetische Ictus immunisatorius wirklich eine Rolle spielt. Diesbezügliche Untersuchungen älterer Autoren (LIPPMANN, AGAZZI u. a.) erbringen, da sie Mittel angewandt haben, die eine lokale Reaktion auslösen, also eine Protoplasmaaktivierung verursachen, nicht den Beweis für die aspezifische Wirkung der Salvarsanderivate. PERUTZ sieht die schwächere Wirksamkeit der heutigen antisyphilitischen Behandlungsart gerade darin, daß das Salvarsan jetzt intravenös appliziert wird, so daß es — im Gegensatz zu der ursprünglichen Einverleibungsmethode — keine protoplasmaaktivierende lokale Entzündung und Nekrose auslöst. Jene älteren, auf die aspezifische Wirkung des Salvarsans hinweisenden Untersuchungen (FRIEDBERGER-MASUDA u. a.), bei denen das Salvarsan intravenös, aber in einer das kolloidale Gleichgewicht störenden Art einverleibt wurde, können wir auch nicht verwerten.

Daher schien es uns — in Anbetracht der erwähnten Richtlinien — interessant, unter Vermeidung aller eine lokale aspezifische Wirkung verursachenden Faktoren den Effekt des gebräuchlichsten Salvarsanpräparates, des Neosalvarsans, auf die Antikörper zu untersuchen.

Bei den verschiedensten durch Trypanosomen und Spirochäten verursachten Krankheiten hat die erfolgreiche Überimpfung des Virus auf Versuchstiere (EVANS, BRUCE, METSCHNIKOFF und ROUX, BERTARELLI, UHLENHUTH und MULZER) die Erforschung der Biologie der Krankheitsursachen und wissenschaftlich begründete therapeutische Versuche ermöglicht.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts hat sich von den verschiedenen Arsenpräparaten, welche seit dem 18. Jahrhundert als Roborantia gegen Trypanosis hier und da mit gutem

Digitized by Google

Erfolg angewandt worden waren (Braid, Balfour, Bruce), vor allem durch die Tierexperimente von Laveran und Mesnil herausgestellt, daß sie eine spezifische, ätiotrope Wirkung haben. Sie fanden nämlich, daß bei mit Trypanosoma Brucei (Tsetsekrankheit der Rinder, Nagana) infizierten Tieren, bei denen im Blute die Parasiten in riesiger Menge vorhanden waren, nach einer einzigen subkutanen Injektion von Natr. arsenicosum die Blutparasiten in kurzer Zeit verschwanden, wenn sie auch in der Mehrzahl der Fälle nach 3—4 Tagen ein Rezidiv eingestanden haben. Die schwache, aber in der Tat vorhandene Wirksamkeit der dreiwertigen anorganischen Arsenpräparate gegen verschiedene tierische Trypanosen wurde von einer Reihe Autoren bestätigt, so daß diese Verbindungen auch im Kampf gegen die Schlafkrankheit am gebräuchlichsten geworden sind. Die Wirkung des Arsens bei Schlafkrankheit setzt sich nach Greig und Gray aus 2 Faktoren zusammen. Nach ihnen wird nur ein Teil der Flagellaten vernichtet, bis gegen den Rest der Organismus immunisiert ist. Es ist interessant, daß Ehrlich in einer gemeinsamen Arbeit mit Shiga die Wirkung eines anderen Mittels, des Trypanrots, bei mit Trypanosoma equinum (Mal de Caderas) infizierten albinotischen Mäusen auf gleiche Weise erklärte.

Unter den aus den chemotherapeutischen Versuchen gegen die verschiedenen Trypanosen entstandenen Präparaten wurde die Wirkung des Atoxyls hauptsächlich durch die Bemühungen Ehrlichs klargestellt. Das Atoxyl entfaltet nämlich — gleich wie das Trypanblau und Trypanrot — in vitro selbst in einer mehrprozentigen Lösung keine sichtbare schädigende Wirkung auf die Trypanosomen und Spirochäten, so daß man seine Heilkraft nur mit der Annahme erklären konnte, daß es sich erst im Organismus zu einer wirksamen Verbindung umwandelt oder daß es nur sekundär wirkt durch Mobilisierung der Antikörper.

Durch pharmakologische Untersuchungen des Atoxyls wurde festgestellt, daß sein wirksames Agens nicht in statu nascendi sich abspaltendes Arsen ist. Die größte Menge des dem Organismus einverleibten und durch die Nieren und den Darm sich ausscheidenden Arsens hat sich nämlich als eine aromatische, an den Benzolring gebundene komplexe Verbindung erwiesen. Ehrlich hat später auf Grund seiner in Gemeinschaft mit Bertheim durchgeführten Untersuchungen gezeigt, daß sich im Organismus aus der fünfwertigen Phenylarsinsäure (Atoxyl) durch Reduktion dreiwertige Reduktionsprodukte. in erster Linie Paraaminophenylarsinoxyd entwickelt, das nicht nur im Organismus, sondern auch schon in vitro in sehr großen Verdünnungen die Trypanosomen vernichtet.

Die Wirkung des Paraaminophenylarsinoxyds und die des nach weiterer Reduktion entstehenden Diaminoarsenobenzols tritt bereits im Verlauf weniger Stunden ein, so daß ihre Wirkung auch von Ehrlich als primär und spezifisch angesprochen wurde. Nach Ansicht anderer Autoren wirkt die Phenylarsinsäure hingegen aspezifisch, indem die Parasiten infolge der gesteigerten Produktion der Immunkörper vernichtet werden (Uhlenhuth-Hübener-Woithe). Durch sie, außerdem durch Uhlenhuth-Gross-Bickel, wurde nachgewiesen, daß beim Verschwinden der Parasiten eine Leukozytose und eine gesteigerte Phagozytose einsetzt. Andere wiederum haben unter Atoxylwirkung keine wesentliche Veränderung im Blutbilde gefunden. Die Annahme der aspezifischen Wirkungsweise des Atoxyls wurde durch die Versuche Agazzis und Lippmanns unterstützt, die bei vorher gegen Typhus immunisierten Kaninchen nach Injektion von Atoxyl eine Vermehrung der Immunkörper beschrieben haben, was aber weder So noch Ciuka bestätigen konnten.

Wie sich Schlossberger äußerte, daß wir trotz der entgegengesetzten Meinungen eine gewisse, die natürliche Widerstandsfähigkeit des Organismus steigernde Wirkung folgern können, in Anbetracht dessen, daß die aspezifische Wirkung inkonstant ist, so kann man mit dieser Annahme die starke trypanozide Fähigkeit des Mittels nicht genügend erklären.

Auch sonst ist es schon seit langem bekannt, daß die Leukozytose verursachenden Mittel gegen die Trypanosomen unwirksam sind (Thomas und Breinl, Plimmer und Thomson); die Leukozytose tritt früher als das Verschwinden der Trypanosomen ein (Yakimoff), und schließlich können die Leukozyten selbst tote Trypanosomen gewöhnlich nicht phagozytieren (Jacoby und Schütze, Levaditi).

Eben Uhlenhuth-Hübener und Woithe haben festgestellt, daß die Atoxylwirkung im direkten Verhältnis zu der Menge der einverleibten Arznei steht, was aber mit der Annahme, daß das Mittel hauptsächlich durch Protoplasmaaktivierung — also aspezifisch — wirkt, nicht in Einklang zu bringen ist (Jacoby und Schütze). Andererseits

Digitized by Google

hat Peschić in seinen Untersuchungen, wo er monatelang mit Atoxyl vorbehandelte Hühner mit Spirochaeta gallinarum infiziert hat, auch bei diesen Tieren trotz der langdauernden Desensibilisation eine prompte Wirksamkeit des Atoxyls bewiesen.

Auch die Wirkung des durch die Azetylierung des Atoxyls entstandenen Arsazetins kann man auf solche Weise erklären.

Ehrlich hat aber seine dualistische Auffassung auch auf die Erklärung der Wirkungsweise des Salvarsans angewandt. Nach ihm spielt neben der primären, ätiotropen Wirkung auch noch ein Ictus immunisatorius eine Rolle, insofern als die zerfallenden Parasiten den Organismus zur Bildung von Immunkörpern antreiben.

Die Bedeutung des Ictus immunisatorius wurde hauptsächlich erkannt aus dem Verlauf einiger chronischer Trypanosen und aus der in großem Prozentsatze (16—52%) auch spontan heilenden Mäuserekurrensinfektion.

Diese Tatsachen aber können wir auf die wegen ihrer charakteristischen Eigenschaften eine Sonderstellung einnehmende Syphilis nicht ohne weiteres übertragen.

Wie es bekannt ist, ist bei bestehender Syphilis eine in Form des typischen Primäraffektes auftretende Superinfektion bei Kaninchen etwa bis zum 90. Tage, bei Menschen im seronegativen Stadium gelungen. Die charakteristische Eigenschaft der Syphilis, welche klinisch hauptsächlich bei den Spätformen in Erscheinung tritt, ist die veränderte Reaktion (Finger und Landsteiner, Poór), die Umstimmung der Gewebe (Jadassohn). So konnte Kolle seine mit Syphilis infizierten Kaninchen nach dieser Phase nicht sterilisieren mit Antisyphilitizis. Er erklärte sich diese Tatsache mit der veränderten Reaktion des Organismus gegen das einverleibte Salvarsan; Kolle sagt: „Ob man hierfür den mangelnden Ictus immunisatorius oder die fehlende Reaktionsfähigkeit des Körpers überhaupt heranzieht, ist für die Tatsache gleichgültig. Aus dieser ergibt sich aber, daß sich die Heilung der Syphilis in der Frühperiode auch mit größten Dosen nicht in 100%, wie z. B. bei Rekurrens- oder Trypanosomeninfektion der Mäuse herbeiführen läßt."

Andererseits sahen mehrere Autoren nach Einverleibung verschiedener As- und Arsenobenzolpräparate in verschiedener Dosis eine sekundäre Wirkung. So hat Lippmann bei seinen vorher gegen Typhus immunisierten Kaninchen nach subkutaner Injektion von Arsazetin eine Erhöhung des Agglutinintiters beobachtet. Auch Agazzi hat nach der Typhusimmunisation gefunden, daß die Agglutininbildung bei gleichzeitiger Dosierung von Vakzine und As größer ist als nur nach Vakzineinjektion. Auch Arsenobenzole haben bei seinen Versuchen die Agglutininbildung erhöht; ihre Wirkung auf die Immunkörper würde nach ihm die von Spiethoff beschriebene Leukozytose beweisen, welche nach diesem Autor eine auf As sich einstellende Reaktion ist.

Neuber hat bei seinen Untersuchungen auch nach Einverleibung von Arsenobenzol eine Phagozytose und die Erhöhung des Serum-Opsoninindexes gefunden. Das gleiche hat Strubell nach intramuskulärer Injektion von in Sesamöl suspendiertem Salvarsan gesehen. Schlossberger hat in seiner umfangreichen Monographie darauf hingewiesen, daß die immunkörperbildenden Organe nicht nur durch den nach der Arsenobenzoldosierung eintretenden Parasitenzerfall, sondern auch vom As selbst gereizt werden; offenbar hat das Salvarsan seine Wirksamkeit bei Infektionskrankheiten, auf deren Krankheitsursachen die Salvarsanderivate keine direkte Wirkung ausüben, gerade diesen die antikörperbildenden Organe reizenden Eigenschaften zu verdanken.

Nach Stokes soll das Salvarsan eine solche nichtspezifische Wirkung ausüben bei den Tuberkuliden (Ravaut, Tzanck-Pelvois), bei Lymphomen, Aktinomykose, Blasto- und Sporotrichosen, bei durch Streptokokken hervorgerufener Septikämie (Brechot), bei Lamblia und bei Entamöba (Cade-Hollande).

Nach der von Kolle aufgestellten Hypothese üben die Chemotherapeutika nicht nur einen Reiz aus auf die Bildung der spezifischen Antikörper des Organismus, sondern wir müssen auch noch die Auslösung anderer die Parasiten schädigender oder vernichtender Reaktionsprodukte annehmen. Durch diese Tatsache wurde von ihm bewiesen, daß eine Therapia sterilisans magna bei gewissen Krankheiten nur so lange durchführbar ist, wie der Körper imstande ist, die zur Heilung notwendigen Stoffe zu liefern. „Die Chemotherapeutika wirken, soweit sie Heilmittel im biologischen Sinne sind, d. h. zur Sterilisierung des infizierten Organismus führen, nicht nur direkt auf die Parasiten, sondern auch indirekt durch Vermittlung von Zellen, die sie zwecks endgültiger Vernichtung der Infektionserreger zur Lieferung von spezifischen und nichtspezifischen Stoffen reizen oder aktivieren" (Kolle-Hetsch).

Digitized by Google

Auch Dale weist darauf hin, daß wir für die Erklärung des heilenden Effektes der in vitro wirkungslosesten Chemotherapeutika eine aktive Teilnahme des Organismus annehmen müssen. U. a. wird dies dadurch bewiesen, daß das bei der Amöbendysenterie des Menschen schnell wirkende Emetin bei der experimentellen Amöbendysenterie der Katze ganz wirkungslos ist.

Die ätiotrope, direkte Wirkung des Salvarsans hat Ehrlich damit erklärt, daß die Parasiten gegenüber diesem Mittel eine spezifische Affinität besitzen.

Sie werden durch den sogenannten Orthoamidophenolozeptor fixiert, und in dieser Verbindung wird durch den dreiwertigen As-Rest die toxische, vernichtende Eigenschaft des Mittels entfaltet. Daß diese primäre Verankerung bei Spirochäten und Trypanosomen in der Tat vor sich geht, konnte man aus den mit subtherapeutischen Dosen vorsichtig arsenfest gemachten Trypanosomenstämmen folgern; obgleich diese nämlich in vitro ihre Sensibilität gegenüber den chemotherapeutischen Mitteln eingebüßt hatten, konnten sie mit einer für das Tier schon toxischen Dosis in vitro noch getötet werden, woraus man folgern kann, daß die Arzneifestigkeit ausgelöst wird durch die auf das Parasitenplasma ausgeübte direkte Wirkung des chemischen Mittels.

Für die spezifische Wirkung des Salvarsans spricht auch sein prompter Effekt; wie z. B. Uhlenhuth und Mulzer festgestellt haben, verschwanden bei Hühnerspirochätose die im Blut wimmelnden Parasiten schon auf das per os verabreichte Arsenobenzol binnen 24 Stunden. Bei den Versuchen Simićs sind die Parasiten sogar schon nach einer halben Stunde bei den mit Trypanosoma Brucei infizierten Mäusen nicht mehr nachzuweisen gewesen, während die Spirochäten aus den syphilitischen Herden der Kaninchen erst nach einer gewissen Latenzzeit — nach Kolle erst 24—48 Stunden nach der Injektion — verschwanden. Für eine direkte Wirkung spricht auch, daß die Herde um so schneller spirochätenfrei werden, je größer die Dosis ist (Kolle), was auch die Untersuchungen von Levaditi und Twort, Simić, Castelli, Lennhoff und Ullmann beweisen.

Es ist bekannt, daß die Arsenobenzolderivate in vitro keine sichtbare Wirkung auf die Spirochäten ausüben. Dagegen hat Castelli festgestellt, daß die Weiterimpfung von Hühnerspirochäten, die $^1/_4$—1 Stunde lang in einer 1 : 1000—6000 verdünnten Neosalvarsanlösung gehalten wurden, obschon sie ihre Beweglichkeit nicht eingebüßt hatten und trotz wiederholter Auswaschungen, nicht gelungen ist. Mit einem Rekurrensstamm, der 15 Minuten lang in einer 1 : 200—1000 verdünnten Neosalvarsanlösung gehalten und nachher mehrmals in Pferdeserum ausgewaschen worden war, ist die Infektion bei Mäusen ebenfalls nicht gelungen; dagegen ist die Durchimpfung mit zur Kontrolle mit entsprechenden Verdünnungen von Rongalit behandelten Rekurrensspirochäten ohne weiteres gelungen. Andererseits haben Levaditi und Twort schon früher festgestellt, daß im Primäraffekt des mit Salvarsan behandelten Kaninchens 48 Stunden nach der Injektion noch lebhaft bewegliche Spirochäten zu finden sind, die aber ihre Virulenz bereits 11 Stunden nach der Injektion verloren haben; nach dieser Zeit ist die Weiterimpfung mit Primäraffektstückchen mißglückt.

Ullmann, Simić und Lennhoff konnten die direkte Fixierung des Salvarsans an das Parasitenplasma darstellen.

Der erstgenannte Autor wies nach, daß bei den mit Spirochaeta recurrens und Nagana (Tryp. Brucei) infizierten und nachher mit Salvarsan behandelten Tieren der die Parasiten enthaltende Blutkuchon mehr As enthielt als das Serum, während bei gesunden mit Salvarsan behandelten Tieren die As-Menge im Serum und Blutkuchen annähernd gleich groß war. Simić gelang es bei in verdünnter Neosalvarsanlösung gehaltenen Trypanosomen die Gegenwart des stark reduzierenden Arsenobenzols mit Hilfe der Abelinschen Reaktion darzustellen; das gleiche wies Lennhoff bei Spirochäten, welche von einem mit Salvarsan behandelten Individuum stammten, nach mit Ferrozyankalium und Ferrichlorid.

Digitized by Google

Die Ätiotropie der Arsenobenzolderivate zeigt ihre auzgezeichnete Wirkung gegenüber verschiedenen bakteriellen Infektionen (Anthrax, Erysipelas usw.).

Früher hielt man den antisyphilitischen Effekt der Milch jener Ammen, die mit Salvarsan behandelt worden waren, für eine sekundäre Wirkung, bis sich schließlich herausstellte, daß bei diesen die Wirkung nicht durch die vom Salvarsan ausgelösten und dann in die Milch übergetretenen Antikörper (Plaut, Ehrlich) bedingt wird, sondern durch wirksame As-Verbindungen (Jesionek). Gleichfalls haben Kritschewsky und Brussin festgestellt, daß die bei Mäusetrypanosen nach Salvarsanbehandlung entstehende zeitweilige Immunität nicht durch Antikörper, sondern durch die langdauernde Gegenwart des Salvarsans bedingt wird.

Aber auch aus der Wirkungsweise, die das Salvarsan auf die physikalischen Verhältnisse des Organismus ausübt, können wir auf die ätiotrope Eigenschaft dieses Mittels Schlüsse ziehen. U. a. ändert sich, wie aus den Untersuchungen Berdes hervorgeht, die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit nach Neosalvarsaninjektionen im allgemeinen nicht.

In der Regel trat nach der Injektion eine Senkung von einigen Millimetern — in einem Falle von 30 mm — ein, die aber schon nach wenigen Tagen nicht mehr nachzuweisen war; in den Fällen, in denen vor der Injektion der Blutkörperchensenkungswert normal war, hat sich — abgesehen von der erwähnten unmittelbar der Injektion folgenden sehr schnell vergänglichen Senkung — die Senkungsgeschwindigkeit nicht verändert.

Die vorübergehende beschleunigende Wirkung des Salvarsans kam in einem Teil der Fälle überhaupt nicht zur Geltung.

Somogyi hat nach Injektion von Neosalvarsan bei syphilitischen Patienten mit negativer Blut-WR, die mindestens fünf antisyphilitische Kuren durchgemacht hatten und deshalb als normale betrachtet werden können, auch keine Änderungen in der Menge des Serumgesamteiweißes, des Fibrinogens und Globulins, abgesehen von kleineren, als physiologisch zu betrachtenden Schwankungen gefunden.

Einen Wendepunkt in der Frage der spirochätoziden Wirkung des Salvarsans bedeutet die Auffassung Schumachers.

Nach seiner Ansicht reagieren tote Zellen ganz anders auf Salvarsan als die lebenden; die tote Zelle kann nämlich das Salvarsan, da es sich in Lipoproteiden schwach löst, in seiner unveränderten Form binden, während die lebende dies nur nach seiner Oxydation kann; bei der Fixierung entstehen dann chemisch additionelle Salze. Auch nach seiner Fixierung behält das Salvarsan noch die hohe Reduktionskraft, die es seinen Hydroxyl- und Aminogruppen verdankt. Nach Schumacher sind die Spirochäten nukleinsäurefreie und deshalb oxygenarme Parasiten, die Körperzellen dagegen sind O_2-reich. Auf diesem chemischen Unterschied nun beruht die spirochätozide Wirkung des Salvarsans; denn das As hemmt die Oxydation und die oxydative Synthese, und diese Hemmung tritt bei den oxygenarmen Parasiten schon in einer derart niedrigen Konzentration in Erscheinung, in welcher die oxygenreichen Körperzellen noch nicht geschädigt werden. Die erst im Organismus entstehende chemisch reduzierte Salvarsanbase erstickt biologisch die Spirochäten.

Nach Mühlpfordt dagegen beruht die Salvarsanwirkung nur auf seiner reduzierenden Eigenschaft.

Das As spielt bei dem Effekt keine Rolle. Das stark reduzierende Salvarsan entreißt den Parasiten ihr Oxygen und vernichtet sie auf diese Weise.

Wie wir in einer anderen Arbeit ausgeführt haben, sind im Blute latenter Syphilitiker die Normalagglutinine und Ambozeptoren in derart

Digitized by Google

geringer Menge vorhanden, daß Änderungen dieser Normalimmunkörper mit den üblichen Verdünnungen nicht erfolgen. Deshalb haben wir auch zur Prüfung der fraglichen aspezifischen Wirkung des Salvarsans vorher gegen Typhus immunisierte Individuen benutzt. Unter diesen befanden sich zwei Tabiker mit negativer Blut-WR und fünf latente Syphilitiker mit einer positiven Blut-WR.

Die Immunisation haben wir in der gleichen Weise durchgeführt, wie wir es in der erwähnten Arbeit beschrieben haben. Nach 10 bis 14 Tagen nach der dritten Typhusvakzineinjektion — also nach Eintritt des Agglutiningleichgewichts — haben wir unseren Patienten morgens, möglichst auf nüchternen Magen, intravenös 0,45 g Neosalvarsan in 2 ccm Aqua dest. gelöst injiziert. Wir haben dann im Blut, welches wir vor der Injektion, 8—10 Stunden nach der Injektion und dann täglich unseren Patienten abgenommen haben, die Veränderungen der Typhusagglutinine und Ambozeptoren, die des Serumgesamteiweißes und der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit festgestellt. (Unsere Technik haben wir in der zitierten Arbeit ausführlich auseinandergesetzt.)

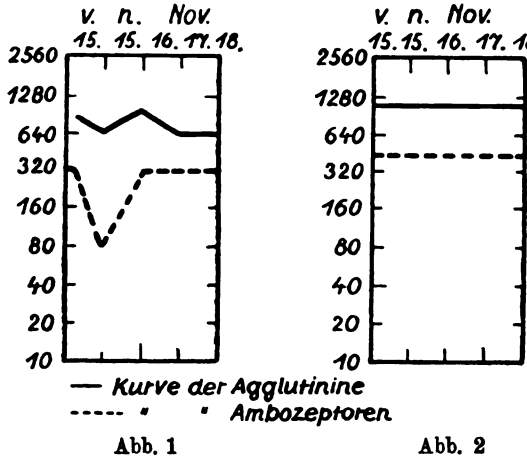


Abb. 1

Abb. 2

Auf die Typhusagglutinine hat bei unseren mit Typhus immunisierten Patienten das Neosalvarsan keinen nennenswerten Einfluß ausgeübt; bei unseren Tabikern (Abb. 2) erhielten wir eine ganz gerade Linie, bei unseren Syphilitikern (Abb. 1) nur minimale Schwankungen, die jedoch als physiologisch zu bewerten sind.

Auf die Menge der Typhusambozeptoren übte das Salvarsan schon eine größere Wirkung aus. Bei zwei von unseren Fällen, welche aber auf die Injektion mit leichter Temperatursteigerung (Spirochätenzerfallfieber? Wechselmannscher organischer Wasserfehler? Giemsascher Sauerstoffehler?) reagiert hatten, verminderte sich die Menge der Typhusambozeptoren schon innerhalb 8 Stunden nach der Salvarsaninjektion beträchtlich (Abb. 1). Diese Verminderung, die wohl einer negativen Phase gleichbedeutend ist, war aber nur von sehr kurzer Dauer; schon 20—24 Stunden nach der Salvarsaneinverleibung war die Ambozeptorenmenge wieder die ursprüngliche. Bei den von uns untersuchten Tabikern (Abb. 2) war ebenso wie bei den reaktionslosen latenten Syphilitikern auch die Kurve der Ambozeptoren unverändert geblieben.

Die Gesamteiweißmenge wurde von uns mit dem von Pulfrich angegebenen Eintauchrefraktometer bei 17,5° C festgestellt.

Bei latenten Syphilitikern trat in einigen Fällen nach der Neosalvarsaninjektion eine mäßige Hypoproteinämie ein; in 3 Fällen fanden

Digitized by Google

wir 1 Stunde nach der Injektion eine geringe Verminderung der Refraktion, die aber bereits nach einigen Stunden von einer Hyperproteinämie abgelöst wurde. Bei unseren sämtlichen untersuchten latenten Syphilitikern war 8 Stunden nach der Injektion die Refraktion erhöht. Die einer negativen Phase entsprechende Hypoproteinämie hielt bei den untersuchten Tabikern längere Zeit an; 8 Stunden nach der Injektion konnten wir noch eine geringe Verminderung der Refraktion registrieren.

Zur Kontrolle der physikalischen Wirkungsweise des Salvarsans bedienten wir uns der Änderungen der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (Technik in der oben zitierten Arbeit). Mit dieser Methode haben wir in allen unseren Fällen im allgemeinen durchaus analoge Resultate gesehen. 8—10 Stunden nach der Neosalvarsaninjektion fanden wir in allen Fällen, gleichgültig ob sie eine normale oder beschleunigte Senkung aufwiesen, eine Verminderung der Senkung, die beim Tabiker bereits am nächsten Tage, beim latenten Syphilitiker erst am dritten Tage von einer Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit gefolgt wurde, die sogar den ursprünglichen Wert überstieg.

Nach all dem übt das Salvarsan weder auf die Agglutinine noch auf die Ambozeptoren eine Wirkung aus bei Luetikern mit positiver WR und bei seronegativen Tabikern. Nach fieberauslösenden Injektionen tritt auch eine aspezifische Wirkung ein, wobei sich hauptsächlich die Menge der Ambozeptoren, aber auch die der Agglutinine verändert; 8 bis 10 Stunden nach der Injektion tritt eine einer negativen Phase entsprechende Verminderung der Immunkörper ein, die aber bereits 24 Stunden post injectionem wieder aufhört. Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit und die Gesamteiweißmenge werden durch das Salvarsan beeinflußt: 8—10 Stunden nach der Injektion vermindert sich die Senkung, schon nach 24 Stunden wird sie über den ursprünglichen Wert hinaus beschleunigt; entsprechend setzt eine beim Tabiker stärkere, beim latenten Syphilitiker aber leichtere Hyperproteinämie ein.

Nach unseren Untersuchungen hat also das intravenös applizierte Neosalvarsan nur eine ätiotrope, primäre Wirkung. In den Fällen von manifester mit Herd- oder Fieberreaktionen verlaufender Syphilis kann indes auch der hypothetische Ictus immunisatorius eine gewisse Rolle spielen.

Literatur

Abelin, M. m. W., 1911, S. 1002 u. 1566. — Agazzi, Zschr. f. Immunitätsf., 1909, Orig., Bd. 1, S. 736. — v. Berde, Börgyógyászati és Vener. Szemle, Bd. 2, S. 58. — Bertarelli, Zbl. f. Bakt., 1906, Orig., Bd. 41, S. 320, 784; 1907, Bd. 43, S. 167, 238, 447. — Bruce, Ref. Zbl. f. Bakt., Bd. 19, S. 955. — Castelli, Zschr. f. Chemother., 1913, Orig., Bd. 1, S. 122, 321. — Ciuca, Bull. Soc. Pathol. exot., 1914, Bd. 7, S. 626. — Dale, Lancet, 1924, S. 207, 257. — Ehrlich, Friessberger-Pfeiffersches Lehrbuch der Makribiologie, G. Fischer, 1919, Bd. 1, S. 211; D. m. W., 1910, S. 1893. — Ehrlich-Bertheim, Ber. d. Deutsch. chem. Ges., 1907, Bd. 40, S. 3292; 1910, Bd. 43, S. 917; 1911, Bd. 44, S. 1260; 1912, Bd. 45, S. 756. — Ehrlich-Shiga, B. kl. W., 1904, S. 329, 362. — Finger-Landsteiner, Sitzungsber. d. kaiserl. Akad. d. Wissensch. Wien. math.-naturw. Klasse, 1905, S. 114, 497; 1906, S. 115, 179. — Friedberger-Masuda, Ther. Mh., 1911, Bd. 25, S. 288. — Giemsa, D. m. W., 1918, S. 968. — Greig-Gray, Reports of the Sleeping Sickness comm. usw., 1905, S. 50. — Jacoby-Schütze, Biochem. Zschr., 1908, Bd. 12, S. 193. — Jadassohn, Kl. W., 1922, S. 1193 u. 1243. — Jesionek, M. m. W., 1911, S. 1169. — Kolle, D. m. W., 1922, S. 1301.

Digitized by Google

— Kolle-Hetsch, Die experiment. Bakt., Urban-Schwarzenberg, 1924, Bd. 2. — Kritschewsky-Brussin, Zschr. f. Immunitätsf., Orig., Tl. 1, Bd. 39, S. 197. — Laveran-Mesnil, Ann. de l'Institut Pasteur, 1902, Bd. 16, S. 785. — Lennhoff, Zschr. f. Chemother., Orig., 1913, Bd. 2, S. 220. — Lewaditi-Twort, Compt. rend. Soc. de Biol., 1910, Bd. 69, S. 633. — Lippmann, D. m. W., 1911, S. 1693; Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1914, Bd. 16, S. 124. — Melczer-Dahmen, Zschr. f. Immunitätsf. u. exper. Ther., 1927. — Metschnikoff-Roux, D. m. W., 1903, S. 943. — Neuber, Arch. f. Derm., 1911, Bd. 107. — Perutz, W. m. W., 1924, Bd. 74. — Peschić, Zschr. f. Immunitätsf., 1912, Orig., Bd. 13, S. 364. — Plaut, D. m. W., 1910, S. 2237. — Plimmer-Thomson, Proc. of the Royal Soc. Ser. B, 1907, Bd. 79, S. 505, Bd. 80, S. 1. — Poór, Orvosi Hetilap, 1912, S. 1046. — Schlossberger, Kolle-Zielersches Handb. d. Salvarsanther., Bd. 1, S. 19—343. — Schumacher, Derm. W., Bd. 80, S. 833 u. Bd. 81, S. 1040; Biochem. Zschr., Bd. 157, S. 938. — Simić, Zschr. f. Hyg., 1923, Bd. 99, S. 417. — So, W. kl. W., 1911, S. 452. — Somogyi, Arch. f. Derm., 1926, Bd. 152, S. 660. — Spiethoff, M. m. W., 1910, S. 1822; 1911, S. 192. — Stokes, Arch. of Dermatol. and Syph., 1921, Bd. 2, S. 303. — Strubell, B. kl. W., 1912, S. 1076. — Thomas-Breinl, zitiert nach Schlossberger. — Uhlenhuth-Gross-Bickel, D. m. W., 1907, S. 21. — Uhlenhuth-Hübener-Woithe, Arb. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamt, 1907, Bd. 27, S. 256. — Uhlenhuth-Mulzer, B. kl. W., 1909, S. 2326; 1910, S. 161. D. m. W., 1910, S. 1262. Ullmann, W. kl. W., 1913, S. 161, 216. — Wechselmann, M. m. W., 1911, S. 1510. — Yakimoff, W. kl. W., 1908, S. 1050.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

1926, Nr. 9. Sitzung vom 9. Dezember 1926

Gougerot und Filliol: **Pityriasis rosé de Gibert débutant autour des pustules vaccinales** (Pityriasis rosea mit Beginn um Impfpusteln herum). S. 688. Die Erscheinungen der Pityriasis rosea traten einige Tage nach der Schutzpockenimpfung, zuerst um die Impfpusteln herum auf, erst später am übrigen Körper. Die ersteren Effloreszenzen sind wesentlich größer als die übrigen, machen den Eindruck von Mutter-effloreszenzen; man kann also annehmen, daß das unbekannte Virus der Pityriasis rosea mit der Lymphe inokuliert worden ist.

Gougerot und Filliol: **Syphilis gommeuse posttraumatique après morsure de chien** (Gummöse posttraumatische Syphilis nach Hundebiß). S. 688. Im Anschluß an einen Hundebiß am Bein entwickelte sich eine Ulzeration, an deren gummösem Charakter nach einer Beobachtung von einigen Tagen kein Zweifel sein konnte. Eine kombinierte Salvarsan-Wismutkur wegen Schankers 5 Jahre zuvor. Nach bisher wenigen Salvarsaneinspritzungen gute Granulationsbildung, beginnende Vernarbung.

Gougerot und Filliol: **Syphilis gommeuse posttraumatique après une injection sous-cutanée de caféine** (Gummöse posttraumatische Syphilis nach einer subkutanen Koffeineinspritzung). S. 689. An der Stelle der Einspritzung hatte sich zuerst ein roter Fleck gezeigt, der dann schwärzlich wurde und sich abstieß; es bestand dann eine kreisförmige Ulzeration von 2 cm Durchmesser, in der Mitte des Grundes bräunlicher Eiterpfropf. Syphilisanamnese. Nach Salvarsan Abstoßung des Pfropfes, Überhäutung.

H. Gougerot und Bertillon: **Traitement des accidents précoces de l'arsenic par l'éosinat de césium** (Behandlung der frühzeitigen Salvarsanfälle mit eosinsaurem Caesium). S. 691. Das unter dem Namen „Nortal" fabrizierte Präparat ist verhältnismäßig schwer herzustellen, da Caesium in der Natur nur selten vorkommt; es muß sehr rein sein. Bei mehreren Pat. mit nitritoiden Krisen zeigte sich deren Ausbleiben, wenn Salvarsan in „Nortal" gelöst wurde; es ist jedoch eine nicht zu geringe Menge erforder-

Digitized by Google

lich (5—10 ccm). Man kann hoffen, damit auch die schweren Hirnerscheinungen nach Salvarsan bekämpfen zu können; auch wird dadurch die Anwendung größerer Salvarsandosen erleichtert.

Sézary, Norero und Lichtwitz: **Tuberculides polymorphes** (Polymorphe Tuberkulide). S. 693. Innerhalb einer Beobachtungsdauer von 8 Monaten wurden fünf verschiedene Tuberkulidformen bei der Kranken festgestellt, die teils gleichzeitig bestanden, teils aufeinander folgten. Es fanden sich disseminierte, knötchenförmige Sarkoide, Erythema induratum, Granuloma annulare, papulöse und papulonekrotische Tuberkulide. Tuberkulose nachgewiesen. Unter Tuberkulinbehandlung war das Granuloma annulare geschwunden; es ist auch als Tuberkulid aufzufassen.

Hudelo, d'Allaines und Rabut: **Dacryoadénite syphilitique bilatérale** (Doppelseitige syphilitische Entzündung der Tränendrüse). S. 698. Schwellung beiderseits im äußeren Abschnitt der oberen Augenlider, leicht verschieblich, die in Abszedierung übergehen und inzidiert werden müssen; die histologische Untersuchung einiger Partikel läßt auf Syphilis schließen. WR erst schwach, dann stark positiv. Wismutbehandlung bringt die erst schlecht heilenden Inzisionswunden zum Schluß. Bei dem 13jähr. Knaben außer geringem Infantilismus keine Zeichen kongenitaler Syphilis. Der Fall wird trotzdem für sichere Syphilis, die in dieser Lokalisation außerordentlich selten ist, gehalten.

Hudelo, Dumet und Filhoulaud: **Chancre syphilitique intranasal** (Intranasaler Syphilisschanker). S. 701. Starke schmerzhafte Schwellung der unteren Nasenhälfte; mit Krusten bedeckte Ulzeration im rechten Nasenloch. Schwellung der submaxillären Drüsen, besonders rechts. Papulöses Syphilid. Spirochäten und WR positiv. Infektionsmodus nicht nachzuweisen, wahrscheinlich Übertragung durch den Finger des Patienten.

Jeanselme und Burnier: **Tuberculose gommeuse du membre supérieure guérie par la crisalbine (sanocrysine)** (Heilung gummöser Tuberkulose der oberen Extremität mit Chrysalbine [Sanokrysin]). S. 703. Eiternde Knoten längs eines Lymphstranges. Intravenöse Einspritzungen bis zur Dosis von 0,5, im ganzen 8 g. Völlige Überhäutung.

Jeanselme und Burnier: **Sclérodermie en plaques avec dyschromie pigmentaire symétrique** (Sklerodermie en plaques mit symmetrischer Pigmentverfärbung). S. 704. Am Abdomen und Rücken der 18jähr. Pat. symmetrische, bräunliche Flecke, von denen die meisten weich, nur einer sklerodermieartig infiltriert; außerdem zwei weitere Sklerodermieplaques. Unter dem Einfluß einer Ovarienextraktbehandlung nahmen diese drei Plaques eine normale Konsistenz an.

E. Wallon: **Cancer de la langue guérie par le radium depuis 3 ans** (Zungenkrebs seit 3 Jahren durch Radium geheilt). S. 706. Junges Mädchen von 21 Jahren zeigte auf dem Zungenrücken eine Ulzeration vom Umfange einer kleinen Mandel, an die eine zweite kleinere Ulzeration angrenzte; beide mit verdickten, blutenden Rändern auf einer derben, von einer Sekundärinfektion herrührenden Schwellung beruhend. Zunge im ganzen geschwollen, ödematös. Submaxillare und zervikale Drüsenschwellungen. Histologisch Epitheliom. Radiumbehandlung nach vorhergehender Unterbindung der Carotis externa. Bestrahlung der Drüsen und der Ulzeration; vorübergehend starke örtliche Reaktion. Heilung mit narbiger Einziehung ohne tiefe Induration. Drüsen am Halse geschwunden, harte Restistenz der Submaxillargegend seit 2 Jahren ohne weitere Veränderungen bestehend. Als unangenehme Folge der Bestrahlungen haben sich am Halse ausgedehnte Teleangiektasien entwickelt.

J. Meyer und Gallerand: **Traitement de certains prurits chez la femme, par des injections d'extraits orchitiques** (Behandlung gewisser Pruritusformen der Frau mit Einspritzungen von Hodenextrakten). S. 710. Es handelt sich um 7 Fälle bei älteren Frauen, bei denen verschiedenartige andere Behandlungen (auch Thyreoidea- und Ovarienextrakt) wirkungslos geblieben waren. Am besten schienen die Erfolge bei Pruritus in der Menopause zu sein. Das Zustandekommen der Wirkung ist noch unbekannt.

Wahl: **Un cas de tabès accompagné de lésions cutanées et muqueuses** (Ein Fall von Tabes mit Haut- und Schleimhauterscheinungen). S. 713. Syphilis vor 22 Jahren nur mit Sirup Gibert behandelt. Neben verschiedenen für Tabes sprechenden Erscheinungen Gummen der Haut, sklerosierende Glossitis, Leukoplakie. Derartige Fälle, die sehr selten sind, können nicht für die Ansicht verwertet werden, daß es nur eine Art von (gleichzeitig dermotropen und neurotropen) Spirochäten gibt; vielmehr kann man sie so erklären, daß eine dermotrope Superinfektion auf eine neurotrope Syphilis oder umgekehrt erfolgt ist.

Digitized by Google

L. Périn und Ricard: **Pustule maligne (chancre charbonneux).** S. 715. Pat. ist in einem Bettengeschäft beschäftigt; die verwendeten Federn stammten zum Teil aus Marokko und Australien und waren schon benutzt, was die Infektion erklärt. Heilung durch Thermokauterisation und Milzbrandserum.

Delalande: **Mastite syphilitique** (Syphilitische Mastitis). S. 717. In beiden Mammae entwickelten sich ziemlich schnell unregelmäßige, höckrige, verschiebliche Geschwülste; keine Drüsenschwellungen. Die bei vorausgegangener Syphilis wahrscheinliche Diagnose einer spezifischen Erkrankung wurde durch die nach entsprechender Behandlung sehr schnell eintretende Besserung bestätigt.

L. Lortat-Jacob und C. Bidault: **Essai sur l'emploi du quinosol dans la thérapeutique des épidermophyties** (Untersuchungen über die Verwendung des Chinosols bei der Behandlung der Epidermophytien). S. 719. Chinosol zeigte sich bei Laboratoriumsuntersuchungen mit verschiedenen Keimen sehr wirksam und nicht giftig. Dem entsprachen auch die Erfolge in der Praxis bei Verwendung einer $^1/_4$—$^1/_2$%igen Lösung mit 25% Alkohol und 10% Glyzerin sowie einer $^1/_2$%igen Salbe. Die Umgebung der erkrankten Stellen wurde durch Chinosol geschützt.

A. Esquier: **Lipomes sous-cutanés multiples chez un tirailleur dahoméen** (Multiple subkutane Lipome bei einem Dahomeyschützen). S. 722. Der Vater des Pat. soll an derselben Erkrankung leiden, was für ihren hereditären und familiären Charakter spricht.

A. Esquier: **A propos de deux cas de lèpre** (Über zwei Leprafälle). S. 723. Die beiden Fälle zeigen, daß der bakteriologische Nachweis sehr schwer sein kann, besonders bei alten Fällen.

G. Milian: **Pyodermite végétante (maladie de Hallopeau)** (Pyodermia vegetans [Hallopeausche Krankheit]). S. 727. An verschiedenen Stellen des Körpers wuchernde, in ausgedehnten Plaques stehende, mit Krusten bedeckte, auf Druck kleine Eitertropfen entleerende Herde, seit vielen Jahren bestehend. In der Peripherie hier und da kleine Pustelchen. Behandlung ohne Einfluß. Mikroskopisch zahlreiche Diplokokken und Staphylokokken und reichlich Leptothrix buccalis; in Kulturen Staphylokokken und B. cutis communis. Sabouraud hält den Fall für ein typisches Beispiel der von ihm beschriebenen Sykosis unbehaarter Stellen.

G. Milian und Kitchevatz: **Pyodermite papillomateuse et verruqueuse traumatique à staphylocoques** (Traumatische papillomatöse und verruköse Pyodermie mit Staphylokokken). S. 731. Im Verlaufe einer Verletzung an der Hand entwickelte sich ein papillomatöser, verruköser, im Zentrum in Rückbildung begriffener, am Rande fortschreitender Plaque; auf Druck lassen sich geringe Mengen bräunlichen, viskösen Eiters exprimieren. Kleine, stecknadelkopfgroße, bläuliche, papilläre Wucherungen in der Umgebung lassen an Tuberculosis verrucosa cutis denken; doch hat sich die Affektion rapide innerhalb weniger Wochen entwickelt. Keine Pilze; histologischer Befund spricht für Pyodermie, daher denn auch schnelle Heilung nach Einspritzungen von Galyl.

Milian und Wahl: **Crise nitritoide guérie par le cyanure de mercure. Urticaire infectieuse** (Heilung nitritoider Krise durch Quecksilberzyanür. Infektiöse Urtikaria). S. 733. Nach der zweiten Salvarsaneinspritzung von 0,3 bei einem seropositiven Primäraffekt nitritoide Krise, Besserung nach Adrenalin, erneuter Temperaturanstieg, der sich durch einen an der Stelle einer subkutanen Adrenalineinspritzung entwickelten Abszeß erklärt. Weitere Behandlung mit intravenösen Quecksilberzyanüreinspritzungen, in deren Verlauf eine Roseola auftritt. Danach wieder aufgenommene Salvarsanbehandlung wird ohne Beschwerden vertragen, nur zeigt sich nach der zweiten eine Urtikaria. Die nitritoide Krise ist eine toxische Arsenwirkung, die aber bei therapeutischen Dosen nur zustande kommen kann, wenn der vago-sympathische Apparat bereits vorher verändert ist; diese Veränderung ist hier als Folge der Syphilis aufzufassen.

1927, Nr. 1. Sitzung vom 13. Januar 1927

E. Juster: **A propos du procès-verbal. A propos de la communication de MM. Hudelo, d'Allaines et Rabut: La surélévation des incisives et canines du maxillaire inférieur, dystrophie observée chez certains hérédo-syphilitiques** (Zum Protokoll. Zu der Mitteilung der Herren Hudelo, d'Allaines und Rabut: Das Hervorragen der Inzisivi und Canini des Unterkiefers, eine bei manchen kongenital Syphilitischen beobachtete dystrophische Störung). S. 3. Bei dem in der vorigen Sitzung (siehe vorstehendes Referat) vorgestellten Kranken mit doppelseitiger syphilitischer Tränendrüsenentzündung zeigt sich außerdem eine auch sonst schon bei kongenital Syphilitischen

Digitized by Google

beobachtete Entwicklungsstörung an den Zähnen, indem die Inzisivi und Canini des Unterkiefers die übrigen Zähne überragen; man findet diese Zähne auch meist in einer fast geraden Linie an Stelle der normalerweise gebogenen eingepflanzt. Wie weit es sich dabei um ein nur der kongenitalen Syphilis zugehöriges Zeichen handelt, bedarf der Feststellung an einem größeren Material.

G. Milian: **A propos du procès-verbal** (Zum Protokoll). In der Sitzung vom 18. November 1926 (Ref. diese Wschr., 1927, Bd. 84, Nr. 14, S. 469) hatte Gaté wiederholt im Gesicht nach Salvarsan- und Wismuteinspritzungen aufgetretene Ödeme unter den von Milian aufgestellten Begriff des Biotropismus eingereiht. M. weist dies zurück; es handelte sich in dem betreffenden Falle um eine echte Intoxikation, hervorgerufen durch in gleicher Weise vaso-dilatierende wirkende Medikamente. Die weiteren Zufälle wären wahrscheinlich bei Anwendung eines vaso-konstringierenden Medikamentes, z. B. grauen Öles, ausgeblieben.

G. Milian: **A propos du procès-verbal** (Zum Protokoll). S. 6. Daß es sich in dem in der Sitzung vom 18. November 1926 von Coulen und Esquier vorgestellten Falle wirklich um eine Vitiligo der Schleimhäute handelte, hätte durch histologische Untersuchung bewiesen werden müssen. Eine solche wäre nur möglich in Verbindung mit Pigmentierungen, deren Vorkommen jedoch in normaler Schleimhaut ausgeschlossen ist, da diese kein Pigment besitzt. Es könnte sich also nur um pathologische mit Syphilis in Verbindung stehende melanotische Flecke handeln. Diese Anschauung wird von mehreren anderen Rednern bestritten.

Sézary, Lichtwitz und M. Leblanc: **Xanthome palpébral et auriculaire. Ses rapports avec l'hypercholstérinémie et l'hyperuricémie** (Xanthom der Augenlider und Ohren. Seine Beziehungen zur Hypercholesterinämie und Hyperurikämie). S. 7. Die an und für sich seltene Lokalisation an den Ohren, die noch dazu hier nicht etwa besonderen Reizungen ausgesetzt waren, wird durch in den Xanthomen nachgewiesene Harnsäure und deren Vermehrung im Blut so erklärt, daß die an den häufigen Stellen der Gichttophi abgelagerte Harnsäure das im Blut im Übermaß vorhandene Cholesterin zur Ablagerung bringt. Es handelt sich um einen Fall von lokalisiertem Xanthom.

Sézary, Combe und Lichtwitz: **Abcès et ulcérations sporotrichosiques disséminés d'une jambe. Association du sporotrichum et du staphylocoque doré. Pathogénie** (Disseminierte sporotrichotische Abszesse und Ulzerationen an einem Bein. Kombination von Sporotrichon und Staphylococcus aureus. Pathogenese). S. 11. Die Staphylokokken stellen jedenfalls eine Sekundärinfektion dar; es besteht, wenn sie in derartigen Läsionen nachgewiesen werden, die Gefahr, daß das außerdem vorhandene und im Grunde die Abszesse verursachende Sporotrichon übersehen wird, besonders, da die Kulturen sich bisweilen langsam entwickeln. In dem Falle, in dem der Infektionsmodus nicht nachweisbar war, ist das ausschließliche Befallensein des einen Beines bemerkenswert, so daß die sonst angenommene Ausbreitung der sporotrichotischen Läsionen auf dem Blut- oder Lymphwege hier nicht in Betracht kommt; es scheint eine Infektion der Haut auf äußerem Wege und Weiterverbreitung durch Umschläge stattgefunden zu haben.

Milian und Périn: **Teigne amiantacée, impétigo rétro-auriculaire et „séborrhéides"** (Tinea asbestina, Impetigo retro-auricularis und Eczema seborrhoicum). S. 16. Bei einer 22jähr. Frau fanden sich seit 2 Jahren Erscheinungen von Tinea asbestina auf dem behaarten Kopfe und eine Impetigo retro-auricularis, außerdem jetzt in der Mitte des Thorax und weiter abwärts Effloreszenzen vom Charakter des Eczema seborrhoicum. In allen diesen Läsionen fanden sich die gleichen grampositiven Streptokokken. Sabouraud weist darauf hin, daß in derartigen Fällen zwischen den durch die Mikroben hervorgerufenen und den sekundären, nicht bakteriellen, ekzematösen Erscheinungen unterschieden werden muß. Durch Streptokokken hervorgerufene chronische Dermatosen sind von ihm schon früher beschrieben worden.

Lortat-Jacob und Legrain: **Lupus érythémateux du visage chez une hérédosyphylitique. Guérison par le bismuth** (Lupus erythematosus des Gesichtes bei einer Kongenital-Syphilitischen. Heilung durch Wismut). S. 19. Lupus erythematosus ist bei Kongenital-Syphilitischen häufig und wird durch spezifische Behandlung günstig beeinflußt. Weitere Erfahrungen müssen lehren, ob es sich um eine direkte Ursache oder um ein günstiges Terrain handelt.

Louste, Ducourtioux und Lotte: **Chancre mou du col utérin** (Weicher Schanker des Gebärmutterhalses). S. 20. Der weiche Schanker war infolge eines Leistenbubo bei Freisein der äußeren Genitalien und des Anus entdeckt worden; er nahm den ganzen

Digitized by Google

Umfang des Orifiziums der geschwollenen Zervix ein und zeigte einen unregelmäßigen, grauen Grund. Die Diagnose wurde durch positive Impfungen mit dem Eiter von dem Ulkus und dem Bubo bestätigt. Die hier lokalisierten weichen Schanker heilen wie die der Mundschleimhaut verhältnismäßig schnell. In der Besprechung wird die Beteiligung der Leistendrüsen bei dieser Lokalisation des Schankers als auffallend bezeichnet, da die zugehörigen Lymphdrüsen sich im Ligamentum latum befinden; wahrscheinlich sei vorher ein inzwischen schon geheiltes anderes Ulkus an den äußeren Genitalien oder dem After vorhanden gewesen.

Hudelo und Rabut: **Oléome de la fesse** (Oleom des Gesäßes). S. 24. Es handelt sich um einen fibrösen Tumor, der sich an der Stelle von Knoten, die von 9 Jahren zuvor erhaltenen intramuskulären Einspritzungen zurückgeblieben waren, entwickelt hatte. Es entwickelte sich eine Ulzeration, und es entleerte sich eine ölige Flüssigkeit, später Eiter.

Lortat-Jacob und R. Sicard: **Un cas de lichen plan aigu infantile** (Ein Fall von akutem Lichen planus bei einem Kinde). S. 26. $8^1/_2$jähr. Kind mit typischem Lichen planus. Die Fälle bei Kindern gelten als selten; sie zeigen gewöhnlich eine sehr akute, allgemeine Ausbreitung, jedoch eine schnelle Heilung.

A. Galliot: **Deux cas de zona survenus chez les malades soumis au traitement bismuthé** (Zwei Fälle von Zoster bei mit Wismut behandelten Kranken). S. 27. In dem einen Falle trat der Zoster 6 Wochen nach Abschluß einer Wismutkur auf, in dem anderen nach der 7. Einspritzung, um bei Fortsetzung der Kur noch vor deren Beendigung zu schwinden. Wäre das Wismut wirklich die Ursache, so hätte kein Schwinden, sondern eher eine Verschlimmerung eintreten müssen. Nach Sézary braucht es sich nicht um einen toxischen Ursprung des Zosters bei der Wismutbehandlung zu handeln; es kann durch das Wismut das noch unbekannte Virus des Zosters durch Biotropismus wirksam gemacht werden.

A. Galliot: **Abscès bismuthique dû au carbonate de bismuth** (Wismutabszeß nach Wismutkarbonat). S. 29. Der Fall zeigt, daß die Wismutabszesse nicht, wie von manchen Seiten angenommen, nur nach Wismuthydroxyd auftreten.

Ch. Audry: **L'acétylarsan, médicament spécifique du lichen plan** (Azetylarsan, ein Spezifikum bei Lichen planus). S. 30. Die Wirksamkeit des Azetylarsans zeigte sich in einem Dutzend Lichen planus-Fällen der anderer Medikamente überlegen. Es genügten 12 intramuskuläre Einspritzungen von je einer Ampulle in Pausen von 5 bis 6 Tagen; eine Wiederholungskur von 7—8 Ampullen ist zu empfehlen. Diese Wirkung stützt die Hypothese der parasitären Natur des Lichen.

Chatellier und Mériel: **Eruptions par le pyréthane** (Hautausschläge nach Pyrethan). S. 30. In 2 Fällen traten rote, das eine Mal stark juckende, das andere Mal nicht juckende Plaques auf. Nach der aus dem Namen nicht genau erkennbaren Zusammensetzung des Präparates enthält es Pyramidon und beträchtliche Mengen Antipyrin. Es handelt sich also um Antipyrinausschläge.

J. Montpellier: **Chancre syphilitique retardé; incubation de 63 jours** (Verzögerter Syphilisschanker; Inkubation von 63 Tagen). S. 31. 63 Tage nach einem einzigen extragenitalen Koitus wurde ein kleiner, herpesähnlicher Schanker bemerkt. Die 3 Tage danach vorgenommene Untersuchung ergab positiven Spirochätenbefund, positive WR, Zeichen allgemeiner Spirochätensepsis, Roseola. Die Störungen des Allgemeinbefindens sollen dem Auftreten des Primäraffektes bereits um 8 Tage voraufgegangen sein; dieses verzögerte Auftreten wird durch von dem Pat. prophylaktisch am Glied vorgenommene Einreibungen von Kalomelsalbe erklärt, die hier also zum Schaden des Pat. gedient haben.

E. Levin-Berlin.

Česká Dermatologie

1926, Jahrg. 8, Nr. 2

Unspezifische Wassermannsche Reaktion bei Bubonen, von K. Procházka-Prag. Bei 4 Fällen von vereiterten Bubonen bei weichem Schanker wurde eine unspezifische WR konstatiert, die vorübergehend positiv war und gleichzeitig mit der Verschlimmerung der klinischen Symptome aufgetreten war. Sie verschwand nach mehreren Wochen ohne antiluetische Behandlung. Kein Pat. hatte Syphilis in der Anamnese, noch irgend ein Symptom, das auf Lues verdächtig war. Bei einem Kranken blieb die WR mehrere Monate positiv. Es handelte sich da um große beiderseitige Bubonen mit

Digitized by Google

mehreren Rezidiven. Die Flokulationsreaktion war stets negativ. Der Autor ist geneigt, diese unspezifische Fixation mit Hilfe der Theorie von Bergel zu erklären, die auf der Immunbiologie der Lues basiert ist. Nach derselben wären unter gewissen günstigen Bedingungen durch die Affektion der Lymphdrüsen, also jener Organe, in denen die Lymphozyten entstehen, gewisse Veränderungen des Blutes möglich, die jenen bei Lues analog sind. Daher die positive unspezifische Reaktion. Diagnostische Irrtümer können durch mehrfache Wiederholungen der WR und Kontrolle mit der Flokulationsreaktion vermieden werden.

Über Bijonin, von J. Formánek und F. Beutl-Brünn. Die Autoren prüften ein neues Jod-Chinin-Wismutpräparat (Bijonin-Medica) in der Brünner Klinik. Behandelt wurden die verschiedensten Folgen und Stadien der Lues. Die Zahl der verabreichten Injektionen betrug über 2000. Normaldosis 3 ccm pro Injektion. Die Injektionen erfolgen alle 3—4 Tage. Für eine Kur genügen 12 Injektionen. Die Resultate sind sowohl bezüglich der Krankheitserscheinungen, als auch bezüglich der WR sehr günstige, und zwar nicht bloß im ersten und zweiten Stadium, sondern auch Gummen bilden sich rasch zurück, wohl infolge des Jodgehaltes des Präparates. Primäraffekte und Kondylome waren schon am vierten Tage nach der Injektion spirochätenfrei. Die Injektionen sind nur wenig schmerzhaft, die Nebenerscheinungen spärlich und nicht ernst.

1927, Jahrg. 8, Nr. 3

Beziehungen des endokrinen Apparates zur Pathogenese der Sklerodermie, von V. Jedlička-Prag. Fortsetzung folgt.

Toxikodermia ex Hydrargyro, von M. Černá-Prag. Mitteilung zweier Fälle von schwerer exazerbierender Quecksilberdermatitis aus der Klinik Šamberger, in denen mit 10%iger Ichtoxylsalbe ein guter Erfolg erzielt wurde.

1927, Jahrg. 8, Nr. 4

Tannineuderma, von V. Rihová-Prag. Das neue Präparat Šambergers soll als Schutzcreme gegen Lichtstrahlen dienen, die auf der ungeschützten Haut Erythem, Entzündung und Pigmentation hervorrufen können. Es ist vorwiegend als Schutzmittel gegen die Strahlen der Sonne und der künstlichen Höhensonne gedacht. Quantitative und qualitative Messungen der Absorption haben ergeben, daß die Wirksamkeit des Präparates in der Absorption der biologisch wirksamen Strahlen besteht. Die Salbe läßt sich leicht und vollkommen in die Haut einreiben, ist dann nicht sichtbar und fettet nicht. Die Vorteile des Tannineuderma ermöglichen seine Anwendung bei Acne rosacea und Lupus erythematodes.

Beziehungen des endokrinen Apparates zur Pathogenese der Sklerodermie, von V. Jedlička-Prag. (Schluß.) Resultate der anatomischen und histologischen Untersuchung der endokrinen Organe zweier Fälle von typischer diffuser Sklerodermie (42jähr. und 51jähr. Frau). Die Veränderungen der endokrinen Organe waren in beiden Fällen im Wesen die gleichen. Thyreoidea: das Organ mäßig vergrößert und verhärtet, das Bindegewebe des Stroma vermehrt, hyalin degeneriert, stellenweise mit Infiltratnestern durchsetzt. Im Drüsenparenchym teils atrophische Veränderungen mit Bildung follikulärer Zysten, teils umschriebene adenomatöse Wucherung. Hypophyse: herdförmige Wucherung der nichtgranulierten Zellelemente auf Kosten der chromophilen Zellen, unbedeutende Vermehrung des interfollikulären Bindegewebes. Ovarien: bedeutende Abnahme und Schwund der Follikel, Follikelreifung eingestellt, zahlreiche Corpora albicantia, bedeutende Vermehrung des Bindegewebes. Thymus: typische senile, fettige Involution. Parathyreoidaldrüsen unverändert. Pankreas: unbedeutende Vermehrung des interlobulären Bindegewebes. Nebennieren: im ersten Fall Verdickung der Kapsel und Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, im zweiten Fall in beiden Nebennieren vorgeschrittene Panarteriitis in den Vasa vasorum der Wand beider Suprarenalvenen, die zu Veränderungen in der Venenwand führte (Hyalinose in der Media, zirkumskripte Wucherung der Intima), woraus eine frische obturierende Thrombose im Stamm beider Suprarenalvenen im extrasuprarenalen Teil resultierte, die bis in die Äste in der Nebenniere reichte. Das Resultat war eine frische, fast totale Nekrose beider Nebennieren mit vollkommenem Schwund des Adrenalins. In den Gefäßen des endokrinen Apparates fand sich eine Panarteriitis der kleineren Arterien, analog jener in den Gefäßen der Haut und der Muskulatur, aber dort weniger ausgedehnt als hier. Diese Veränderungen an den endokrinen Organen sind histologisch absolut nicht charakteristisch

Digitized by Google

für Sklerodermie; sie repräsentieren keine bestimmte pathologische Einheit, noch können sie in ihrer Gesamtheit als der Ausdruck einer multiplen Sklerose der Inkretionsorgane aufgefaßt werden. Die gefundenen Veränderungen (Atrophie des spezifischen Parenchyms und Vermehrung des Bindegewebes) finden sich bei der Sklerodermie in den endokrinen Apparaten und in den einzelnen Organen selbst in verschiedenem Grade und sind die direkte Folge der anatomischen Veränderungen an den Arterien. Sind die Veränderungen an den Arterien noch vorgeschrittener, als oben beschrieben wurde, dann kommt es zu gröberen anatomischen Veränderungen an den Organen und zu klinischen Erscheinungen der Insuffizienz des lädierten endokrinen Organs bei Sklerodermie, besonders der empfindlichen Schilddrüse und Nebenniere. Daher findet man bei manchen Fällen von Sklerodermie überhaupt keine Funktionsstörungen der endokrinen Organe, bei anderen wiederum nur Störungen der Schilddrüse oder des Ovariums usw. Nur in letzteren Fällen kann die Opotherapie einen Erfolg erzielen. Da die Veränderungen am endokrinen Apparat bei Sklerodermie uncharakteristisch und unspezifisch sind, können sie nur die Folge und nicht die Ursache der Sklerodermie sein. Die Theorie der endokrinen Genese der Sklerodermie ist daher abzulehnen. In dem zweiten Falle des Verf. führten die Veränderungen an den Vasa vasorum der Suprarenalvenen zur Läsion der Venenwand, Obturationsthrombose und totaler Nekrose beider Nebennieren. Ein solcher wurde bei Sklerodermie noch nicht beschrieben. Die direkte Folge dieser beiderseitigen Affektion war der plötzliche Tod der Pat.

Ätherspray zur Unterstützung des Haarwuchses, von I. Saudek-Brünn. Ausgehend von der klinischen Beobachtung vermehrten Haarwuchses an den Ohrmuscheln nach Erfrierung, hat Autor experimentell festgestellt, daß die zweimal täglich vorgenommene Besprayung der rasierten Kaninchenhaut mit Schwefeläther zu einem sehr schnellen Ersatz der Haare führte. Auf der korrespondierenden Stelle wuchsen die Haare erst dann nach, als die besprayte bereits ganz bewachsen war. Der Autor glaubt, daß die sich regenerierenden Haare der besprayten Stelle die Wachstumshormone absorbierten und damit die Verzögerung des Wachstums auf der unbehandelten Stelle bewirkten. Sodann wurden im Laufe von $1^1/_2$ Jahren über 40 Fälle von Alopecia areata und spontanem Haarverlust mit der Ätherspraymethode behandelt. Die Resultate sind sehr günstig. Auch 1%iger Pellidoläther, in welchem der Autor ebenfalls ein Haarwuchsmittel beschrieben hat, und 1%iger Sulfoformäther haben sich zur Besprayung als sehr geeignet erwiesen, letzterer speziell zur Behandlung der seborrhoischen Formen.

G. Mühlstein-Prag.

The Urologic and Cutaneous Review

Januar 1927, Bd. 31, Nr. 1

The Radiological Examination of the Urinary Tract (Die Röntgenuntersuchung des Harnapparates), von W. W. Galbraith und J. R. Riddell-Glasgow. S. 1.

Experiences with Deep Roentgen Therapy in Urology (Erfahrungen mit der Röntgentiefenbehandlung in der Urologie), von H. Wintz-Erlangen. S. 9.

Radiation Treatment of Skin Infections (Röntgenbehandlung von Hautinfektionen), von A. Soiland und W. E. Costolow-Los Angeles, Kalif. S. 17. Die Dosis spielt im allgemeinen keine Rolle, doch scheinen höhere Dosen keinen Zweck zu haben. Bestrahlung mit Filterung, mindestens 1 mm Al. Bei Personen mit rezidivierenden Furunkeln blieben nach Bestrahlungen die Rezidive aus. Bei Akne (besonderen Fällen mit starker Induration) wöchentlich $^1/_4$—$^1/_2$ ED. unter 1—2 mm Al., bei Sykosisepilation knappe ED., bei Sykosis und Favus ebenso Epilation möglichst in einer Sitzung. Gute Wirkung auch bei Aktinomykose und Blastomykose ($^1/_2$ ED. unter 2 mm Al., in Pausen von 3 Wochen).

A Critical Study of the Pyeloureterogram (Kritische Studie des Pyeloureterogramms), von L. Casper-Berlin. S. 19.

The Roentgenological Procedure in Urinary Tract Diagnosis (Der Gang der Röntgenuntersuchung bei der Diagnose am Harnapparat), von Ch. D. Enfield-Louisville, Kentucky. S. 22.

The Significance of the Roentgen Procedure in the Diagnosis and Control of the Treatment of Urethral Diseases (Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei der Diagnose und Kontrolle der Behandlung der Erkrankungen der Urethra), von E. Langer-Berlin. S. 27. Beschreibung der Methode und Röntgenbilder von Strikturen, durch sie

Digitized by Google

bewirkten Erweiterungen, Urethralverschlüssen, kongenitalen Mißbildungen in Harnröhre und Blase. Vgl. M. Kl., 1926, Nr. 13 (Ref. diese Wschr., 1926, Bd. 83, S. 1564).

Radium in the Treatment of Skin Diseases (Radium bei der Behandlung von Hautkrankheiten), von J. F. Mc Cullough-Pittsburgh, Pa. S. 32. Radium entfaltet seine hauptsächlichste Wirksamkeit in einer andere Methoden überragenden Weise bei der Behandlung von gewissen Naevustypen, Warzen und Keratosen, malignen Hautaffektionen.

Dilatations of the Renal Pelvis (Erweiterungen des Nierenbeckens), von P. F. Butler und Ch. W. Blackett-Boston, Mass. S. 37.

Prostatic Calculi — With Case Report (Prostatasteine — mit Bericht eines Falles), von H. B. Podlasky und D. V. Elconin-Milwaukee, Wisconsin. S. 42. Prostatasteine können endogene und exogene Ursachen haben. Zwischen diesen können auch Kombinationen vorkommen wie in dem beschriebenen Falle, in dem sich neben Trauma und Infektion der Prostata noch Neigung zur Bildung von Harnsteinen (Stein in der rechten Niere) und Blasendivertikel fand.

Renal Pelvic Duplication (Verdoppelung des Nierenbeckens), von L. E. Grajewski und P. Eisen-Detroit, Mich. S. 46.

Pyelography as an Aid to Genito-Urinary Diagnosis (Pyelographie als Hilfsmittel bei der Untersuchung des Harn-Genitalkanales). von A. F. Tyler-Omaha, Neb. S. 49.

Roentgenology in Urological Diagnosis (Röntgenologie bei der Diagnose von Harnkrankheiten), von A. L. Merrill-Manchester. S. 52.

The Bladder Changes in Inoperable Carcinoma of the Uterus Before and After Irradiation (Die Blasenveränderungen beim inoperablen Uteruskarzinom vor und nach der Bestrahlung), von F. Heimann-Breslau. S. 58. E. Levin-Berlin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of Dermatology

Sitzung vom 21. Oktober 1926

Bd. 20, Nr. 1

C. Rasch: **Some Historical and Clinical Remarks on the Effect of Light on the Skin and Skin Diseases** (Einige historische und klinische Bemerkungen über die Wirkung des Lichtes auf die Haut und Hautkrankheiten). Die ersten Beobachtungen über durch Sonnenlicht bewirkte Dermatosen stammen von Willan. Von den durch Licht hervorgerufenen Erkrankungen wird dann der von der Hydroa vacciniformis abzutrennende, aus Porphyrinurie, großen pemphigusartigen, zu Gangrän führenden Blasen an Gesicht, Ohren, Händen, atrophischen Erscheinungen an den Fingern bestehende Symptomenkomplex erwähnt, der nach dem Autor, der zuerst den Zusammenhang mit dem Licht erkannt hat, als Mc Call Andersonsche Krankheit bezeichnet werden sollte. Die Bedeutung der Porphyrinurie ist noch nicht geklärt; in ähnlicher Weise sensibilisierend für Licht kann Alkoholismus wirken. Von Lichterkrankungen werden weiter erwähnt: Xeroderma pigmentosum, Pellagra, Epitheliom, Riehlsche Melanose, Colloidmilium, Elastoma diffusum senile Hautläsionen. Durch Licht verschlechtert werden Rosazea, Lupus erythematodes, Dermatitis herpetiformis, Psoriasis, Urtikaria, Purpura, Erythema multiforme. Günstig, jedoch aus verschiedenartigen Ursachen wirkend, ist der Einfluß des Lichtes auf Lupus, sekundäre Syphilide, Akne, Elefantiasis, Lichen planus.

Bd. 20, Nr. 2

G. B. Fowling: **Macular Atrophy of Syphilitic Origin** (Makulöse Atrophie syphilitischen Ursprunges). Neben tertiärem Syphilid am Ellbogen, an Rücken, Nacken, Schulter zahlreiche lentikuläre, erhabene Effloreszenzen, teils ziemlich fest, teils weich, zigarettenpapierähnlich.

G. B. Fowling: **Lichen Nitidus: Confluent Type** (Konfluierender Typus von Lichen nitidus). Histologisch charakteristische subepidermale Infiltration von kleinen Rundzellen und epithelioiden Zellen.

H. Davis: **Argyria.** Nach Pillen von Argent. nitric. aufgetreten.

H. Davis: **Pigmentation of Unknown Origin** (Pigmentierung unbekannten Ursprunges). Vielleicht zur retikulären pigmentierten Poikilodermie gehörig.

Digitized by Google

F. P. Weber: **A Case of Recklinghausen's Disease, Shown in 1905, as an Early Pigmentary „Forme Fruste"** (Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit, gezeigt im Jahre 1905 als frühzeitige, pigmentierte „forme fruste"). Der Fall zeigt jetzt typische Fibroma molluse.-Tumoren.

F. P. Weber: **Pigmentation of the Thigh, with Varicose Veins and a Condition Somewhat Resembling So-called „Multiple Idiopathie Haemorrhagic (Pigment) Sarcoma" (Kaposi)** (Pigmentierung am Schenkel mit varikösen Venen und einem etwas an das sogenannte „Multiple, hämorrhagische [Pigment] Sarkom" (Kaposi] erinnernden Krankheitsbilde). Außer der Pigmentierung Knötchen, die auch an Lichen obtusus corneus erinnern.

F. P. Weber und J. Astansen: **Hypoplasia (Aplasia) Pilorum Moniliformis.** 3jähr. Knabe mit Keratosis follicularis auf dem behaarten Kopf. Der Zustand der Haare ist von den Ringelhaaren zu trennen; die veränderten Haare (an Kopf und Augenbrauen) brechen leicht ab. Es handelt sich um eine kongenitale Affektion.

H. W. Barber: **Case of Lichen Spinolosus** (Fall von Lichen spinolosus). Besonders an den Beinen follikuläre Papeln mit hervorstehenden Hornspitzen. Bemerkungen über die Beziehungen zu Keratosis follicularis contagiosa.

E. G. Graham Little: **Case of Nodular Leprosy, Previously Shown, Improved under Treatment** (Früher gezeigter Fall von knötchenförmiger Lepra, unter der Behandlung gebessert). Sehr akut aufgetretener Fall. Behandlung mit einer Stammvakzine, gewonnen von Leprösen aus durch Kohlensäureschnee an anästhetischen Flecken erzeugten Blasen. Inhalt zentrifugiert und so eingestellt, daß 5 Milliarden Bazillen in 2 ccm Kochsalzlösung, dazu 15 Milliarden B. pyocyaneus.

E. G. Graham Little: **Glossitis Migrans; a Large Unknown Coccus Present** (Glossitis migrans; Nachweis eines großen, unbekannten Kokkus). Der Kokkus zeigt anaerobes Wachstum.

E. G. Graham Little: **Infection (?Tuberculous) of the Skin Following Electrolysis for Removal of Hair** ([Tuberkulöse?] Infektion nach Elektrolyse zwecks Epilation). 2 Jahre nach der Elektrolyse rote Flecke, die tuberkulöser Natur zu sein scheinen. Der Zusammenhang mit der Elektrolyse ist nicht sicher.

H. Mac Cormac: **Case of Traumatic Alopecia** (Fall von traumatischer Alopezie).

A. M. H. Gray: **Case of Leishmaniasis** (Fall von Leishmaniosis). Zwei infizierte, zentral ulzerierte Plaques an Hand und Knie mit positivem Protozoenbefund. Keine Erreger im Blut. E. Levin-Berlin.

Réunion Dermatologique de Strasbourg

Sitzung vom 14. November 1926

Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1926, Nr. 9

G. Lévy und A. Sloimovici: **Trichophytie remarquablement étendue à la région des deux fesses due au „Trichophyton gypseum granulosum"** (In außerordentlicher Weise über die beiden Gesäßhälften ausgebreitete Trichophytie infolge von „Trichophyton gypseum granulosum"). S. 740. Die außerordentlich umfangreiche Ausbreitung war in noch nicht 14 Tagen vor sich gegangen, wobei es zur Bildung von tiefen Infiltraten gekommen war.

L.-M. Pautrier und A. Diss: **Mycosis fongoide à tumeurs d'emblée** (Mycosis fungoides von vornherein mit Tumorenbildung). S. 741. Das klinische Bild der Geschwülste war in keiner Weise charakteristisch; auch histologisch fand sich im allgemeinen nicht die sonst gewohnte Polymorphie der Elemente. Die Feststellung von Zellen mit eosinophilen Granulationen und mit für von fixen Bindegewebszellen abstammende Elemente charakteristischen Kernen sprechen für die schon früher ausgesprochene Ansicht für die örtliche Bildung dieser Zellen im Verlaufe der Mykosis fungoides.

J. Roederer: **Lymphangiome circonscrit de la fesse** (Umschriebenes Lymphangiom am Gesäß). S. 743. An der linken Gesäßhälfte teils isolierte (dann rundliche), teils gehäufte (dann unregelmäßig polygonale), bläschenförmige, stecknadelkopf- bis linsengroße, durchscheinend weiße bis rosafarbene Läsionen, aus denen sich eine teils farblose, teils rot gefärbte (Blut) Flüssigkeit entleert. Mikroskopisch große, unregelmäßige, mit seröser Flüssigkeit angefüllte Hohlräume, die mit stark abgeplatteten Endothelzellen ausgekleidet sind. In ihrer Umgebung sehr breites Bindegewebe mit zahlreichen Blutkapillaren.

Digitized by Google

R. Glasser und A. Diss: **Acrodermatite suppurative continue (maladie de Hallopeau).** S. 744. Die Fälle sind bisher noch selten. Hier bestehen seit 25 Jahren, zuerst im Anschluß an eine Verletzung aufgetretene Pustelbildungen in der Umgebung der Nägel, die zum Teil verlorengingen. Mit den Jahren nahmen die Erscheinungen zu; es findet sich jetzt an den Fingern mehr oder weniger eine infiltrierte, retrahierte Haut, die nach dem distalen Ende zu mehr rot, glänzend, atrophisch wird. Der Nagelfalz ist mit trockenen Krusten bedeckt, unter denen die Haut nässend, lebhaft rot ist. Haut der Handflächen gerötet, nässend. Röntgenologisch zeigt sich Atrophie der Phalangen. Es wird eine Behandlung durch Sympathektomie in Aussicht genommen.

L.-M. Pautrier und Lanzenberg: **Forme de passage entre la dermatite polymorphe de Duhring-Brocq, „l'herpès gestationis" et le pemphigus végétant** (Übergangsform zwischen Duhring-Brocqscher Krankheit „Herpes gestationis" und Pemphigus vegetans). S. 746. Die Erkrankung hatte vor 3 Monaten unter plötzlicher Temperatursteigerung 2 Tage nach der im 8. Monat mit der Geburt eines lebenden Kindes beendeten vierten Schwangerschaft begonnen. Beginn an den Schleimhäuten der Genitalien, dann an Mund, Nase, weiter Ausbreitung auf Leistenbeugen, Nabel, Achselfalten. Überall ist die Haut mit wuchernden, peripher sich durch platzende Bläschen mit seropurulentem Inhalt ausbreitende Läsionen bedeckt. Das Bild würde also ganz dem Pemphigus vegetans entsprechen, wenn nicht an diesen Stellen die Neigung bestände, durch einen spontanen Rückgang der Erscheinungen eine glatte, stark bräunlich pigmentierte Haut zu hinterlassen. Außerdem entspricht die Ausbreitung am Rumpf und an den Extremitäten mit erythematösen, bläschenförmigen, zirzinären, urtikariellen Formen typisch der Duhringschen Krankheit; man kann Umwandlung dieser Effloreszenzen in erosive und wuchernde beobachten. Es besteht am meisten Neigung, die Erkrankung als Herpes gestationis — Abart der Duhringschen Krankheit — aufzufassen.

G. Lévy und A. Sloimovici: **Lésion interdigitale des deux mains, d'aspect mycosique, évoluant depuis cinq ans, de nature indéterminée** (Seit 5 Jahren bestehende interdigitale Affektion an beiden Händen, von mykotischem Aussehen, unbestimmten Charakters). S. 757. An beiden Händen zwischen Mittel- und Ringfinger Erscheinungen vom Aussehen eines hyperkeratotischen Ekzems. Keine Pilze nachweisbar. Bereits mehrere Fälle mit gleicher Lokalisation beobachtet.

G. Lévy: **Réinfection syphilitique après traitement extrèmement écourté** (Syphilis-Reinfektion nach außerordentlich abgekürzter Behandlung). S. 759. 1. April 1926 Primäraffekt an der Glans, Spir. pall. ++, WR negativ, während der Behandlung vorübergehender positiver Umschlag. Die Behandlung bestand in innerhalb 13 Tagen verabfolgtem 1,95 Neosalvarsan und 4 Einspritzungen Quinby; danach nicht weiter zur Behandlung erschienen. 2. November 1926, 2 Monate nach einem suspekten Koitus, Schanker am inneren Präputialblatt, Spir. pall. ++++, WR negativ, multiple, indolente Inguinaldrüsenschwellung. Infolge des verschiedenen Sitzes der beiden Schanker ist Schanker redux ausgeschlossen; gegen chankriformes Syphilid spricht der reichliche Spirochätengehalt, die Drüsenschwellung, die negative WR. Es handelt sich also sicher um Reinfektion bzw. Superinfektion, welche Frage in einem gegebenen Falle kaum mit Sicherheit zu entscheiden ist. Eine Reinfektion im eigentlichen Sinne angenommen, würde also die Heilung durch eine im allgemeinen für ungenügend angesehene Behandlung bewirkt worden sein; allerdings waren die Einspritzungen in sehr kurzen Abständen verabfolgt worden, was vielleicht die besonders gute Wirkung erklären könnte.

L.-M. Pautrier, A. Diss und Lanzenberg: **Lésions cutanées vésiculo-bulleuses, papuleuses et à type de nodosités sous-cutanées passagères, allant histologiquement vers le mycosis fongoide, chez un malade atteint de lymphocytome** (Hautläsionen vom Charakter von Bläschen, Papeln, schnell wieder schwindenden subkutanen Knötchen, histologisch der Mycosis fungoides ähnelnd, bei einem Kranken mit Lymphomen). S. 763. Seit 2 Jahren typische Lymphome mit Milzschwellung, normalem Blutbefund; außerdem jetzt erythematöse Papeln mit Bläschenbildung, richtige Blasen, zu bräunlichen Krusten eintrocknend, subkutane Knötchen, im Verlauf von 2 Tagen schnell wieder schwindend. Histologisch Polymorphie wie bei Mycosis fungoides. Es ist nicht zu entscheiden, ob es sich um eine beginnende Mycosis fungoides handelt, deren frühzeitige Eruptionen allerdings einen anderen Charakter aufweisen, oder um von der Lymphomatose abhängige Hauterscheinungen.

P. Masson und A. Diss: **Dermatite chronique atrophiante (Herxheimer-Pick) avec tumeurs** (Dermatitis chronica atrophicans [Herxheimer-Pick] mit Tumorbildung). S. 768. Die Krankheit ist in Zentraleuropa häufiger als in Frankreich; der nicht selbst

Digitized by Google

beobachtete Fall, von dem ein exzidiertes Stück zur Untersuchung eingeschickt ist, scheint der erste in Frankreich beobachtete zu sein. Es zeigen sich drei Tumoren in sehr atrophischer Haut, deren histologisches Bild vollkommen der Dermatitis chronica atrophicans im Stadium der Atrophie entspricht. Die Tumoren bestehen aus denselben Zellen wie die büschelförmigen Züge der atrophischen Zone, deren histiozytäre Natur wahrscheinlich ist. Die aus einer örtlichen Proliferation dieser Zellen entstandenen Tumoren wären also als Histiozytome aufzufassen.

L.-M. Pautrier und F. Schmid: **Etude de la glycémie dans quelques dermatoses** (Untersuchungen über Glykämie bei einigen Hautkrankheiten). S. 770. Erscheint später.

E. Levin-Berlin.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1927, Bd. 39, Nr. 1

Herpetic Diseases (Über Herpeserkrankungen), von J. R. Perdrau-Hampstead. S. 1. Herpes simplex oder febrilis ist nach den eingehenden Untersuchungen P.s durch einen lebenden Organismus oder Virus, welcher normalerweise eine halb saprophytische Existenz auf den Schleimhautflächen der meisten Menschen führt, verursacht und ist auch für eine Anzahl von Zosterfällen durch lokale Invasion des Zentralnervensystems verantwortlich. Gewisse Fälle von Herpes zoster sind entweder durch eine ähnliche Wirkung des Varizellengiftes verursacht oder enthalten wenigstens dieses Virus in ihrer charakteristischen Hauteffloreszenz. Es kann nicht zweifelhaft sein, daß die (Herpes-) Infektion von den hinteren Wurzelganglien auf die Rückenmarksstränge selbst übergeht; dabei handelt es sich um den avirulenten oder dermotropen Stamm des Herpesvirus, während ein anderer, virulenter oder neurotroper Stamm als solcher die Ursache für Encephalitis lethargica abgibt. Die entsprechenden histologischen Befunde (Illustrationen) bilden die Ergänzung dieser höchst beachtenswerten Untersuchungsresultate.

The Pathological Relationship of the Herpetic Diseases from the Clinical Standpoint (Die pathologischen Beziehungen der Herpesaffektionen vom klinischen Standpunkt aus), von A. C. Roxburgh. S. 13. Von den akuten Infektionskrankheiten, bei welchen besonders häufig Herpes (labialis) vorkommt, sind in erster Linie Bronchopneumonie, Malaria und Zerebrospinalmeningitis zu nennen (in je 40% der Fälle). Es scheint weder lokale noch allgemeine Immunität beim Menschen zu geben, Autoinokulation ist möglich. Was die Beziehungen zwischen Herpes und Encephalitis lethargica betrifft, so steht es fest, daß ein gewisser Zusammenhang besteht, Enzephalitis von gewissen, besonders virulenten Herpeserregern verursacht werden kann, obwohl Herpes labialis bei Enzephalitis relativ selten (im Vergleich zu Pneumonie und Meningokokkenmeningitis) ist. Bezüglich des Herpes genitalis scheint die Infektiosität erwiesen zu sein. Bei Herpes zoster kann man traumatischen, toxischen, z. B. Arsenik oder CO, autotoxischen (Diabetes) und infektiösen (nichtspezifischer Art, wie Tuberkulose, Syphilis usw., und spezifischer Art) Ursprung annehmen. Feststehend ist, daß eine Anzahl Herpes zoster-Fälle von demselben Virus wie die Varizellen verursacht werden.

Contribution to the Discussion on „The Pathological Relationship of the Herpetic Diseases" (Beitrag zur Besprechung über „die pathologischen Beziehungen der Herpeserkrankungen"), von S. P. Bedson-London. S. 26. Die Untersuchungen B.s ergaben, daß der Inhalt von Bläschen gewisser bullöser Hautkrankheiten (Pemphigus u. ä.) ebenso filtrierbare Gifte ergibt, wie jener von Herpes- und Zosterbläschen und beide bei der Übertragung auf Meerschweinchen ganz ähnliche Veränderungen auf der Epidermis der Planta pedis hervorrufen, ebenso das Virus der Maul- und Klauenseuche. Die Natur dieser Gifte bleibt immerhin noch eine offene Frage — ob Enzymarten eher als Bakterien. Beide Arten von Virus sind weit verbreitet beim Menschen, in dessen Geweben ein saprophytisches Leben führend. Sie sind vielleicht von der Natur autolytischer Enzyme, welche immer von neuem infolge von Zellschädigung durch verschiedenartige Agentien gebildet werden.

M. Stern-München.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

e. Therapie

Wismutbehandlung zwischen den Fieberattacken der Impfmalaria auf Grund quantitativer Bi-Bestimmungen im Liquor, von J. Vonkennel, Derm. Abt. Städt. Krkhs. München-Schwabing. (M. m. W., 1927, Nr. 2, S. 64.) Bi-Nachweis durch ein Kalium-Bismut-Jodid-Doppelsalz nach Autenrieth und Meyer. Zu allen Versuchen wurden ausschließlich Embial und Bismogenol benutzt, die in 2—3tägigen Intervallen in Dosen von 1 ccm injiziert wurden. Die Ausscheidung stellt sich am zweiten Tage nach der ersten Injektion in der Höhe von 0,5—2,5 mg pro 1000 ccm Urin ein, steigt in einzelnen Fällen nach 8—14 Tagen auf 0,6—3,5 mg, um dann bis zum 30.—35. Tage anzuhalten. Bi-Bestimmungen in Kaninchengehirnen von einem Durchschnittsgewicht von 9 g wiesen nach zweimaliger Injektion von je 1 ccm Embial und Tötung am Tage nach der letzten Injektion durchschnittlich 0.04 mg Bi auf. Die Untersuchungen des Bi im Liquor cerebrospinalis nach Malariatherapie ergab eine beträchtliche Steigerung und veranlaßte zur Prüfung der Permeabilität der Mengen für Bi während des Fiebers. Eine Verfärbung des Liquor bei Luikern konnte vor, während und nach der Malaria mit bloßem Auge festgestellt werden. Anordnung der Versuche und Kurven siehe Original.

M. Cohn-Dresden.

Die Kupierung der Impfmalaria durch Salvarsan und Spirozid, von B. Spiethoff-Jena. (M. m. W., 1926, Nr. 53, S. 2246.) Verf. empfiehlt zur Kupierung der Impfmalaria anstatt des Chinins das Salvarsan und Spirozid, die besser vertragen werden und denselben günstigen Erfolg gleichzeitig mit dem antiluetischen Effekt verbinden. Bei der Quotidiana werden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je eine Injektion Neosalvarsan 0,45 verabreicht, beim Tertianatypus in 2—3tägigem Intervall. Spirozid wird erstmalig früh und abends in Menge von 3—4 Tabletten und dann in zwei Touren in 7tägigem Turnus weitergegeben. Aus dieser kupierenden Wirkung des Salvarsans folgt, daß während der Malariatherapie nicht gleichzeitig mit Salvarsan behandelt werden darf. Die Salvarsanbehandlung setzt nach dem Höhepunkt des Anfalls ein, wobei es gleich ist, in welchem Abschnitt der fallenden Temperatur das Mittel erstmalig gereicht wird.

B. Peiser-Berlin.

Gametenfreie Plasmodium vivax-Stämme, von E. Cuboni, Univ.-Kl. f. Psych. u. Neurol. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 51, S. 1475.) In 50 Blutuntersuchungen bei 14 Fällen von progressiver Paralyse, die an der Wiener Nervenklinik (Wagner-Jauregg) mit den dort benutzten Malariastämmen in der 134. und 143. Menschenpassage vorgenommen wurden, konnten in keinem einzigen Blutbilde Gameten nachgewiesen werden. Aus diesem Ergebnis erklärt sich die Unübertragbarkeit der Wiener Impfmalaria auf Anopheles, in der sich nur die Geschlechtsformen weiterentwickeln können.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Über das Vorkommen der Spirochaeta Duttoni im Hirngewebe des Menschen (Paralytikers) während der Rekurrensinfektion, von F. Jahnel-München. (M. m. W., 1926, Nr. 48, S. 2015.) Anläßlich der Rekurrensinfektion bei Paralytikern fand Verf. bei zwei letalen Fällen die Spirochaeta Duttoni im Hirnparenchym (zuerst von Plaut und Steiner nachgewiesen); ebenso gelang der Nachweis ihres Vorhandenseins auch in anderen Fällen durch Mäuseimpfung. Es wurde eine eigenartige Prädilektion der Rekurrenserreger beobachtet, und zwar für den obersten unter der Pia liegenden gliösen Randsaum der Hirnrinde. Es wurde die Anwesenheit überaus reichlicher Makrophagen in der Pia festgestellt, ein Befund, der auffallend von der Histologie des Paralysehirns abweicht. Vielleicht liegt in diesen Veränderungen die Erklärung für die Wirkung der Rekurrensinfektion auf die Paralyse.

D. Tangl-Eger.

Ulcus molle, Venerisches Granulom

Treatment of Phagedenic Ulcerations of the Genitals with Intravenous Administration of Antimony and Potassium Tartrate (Behandlung von phagedänischen Genitalgeschwüren mit i. v.-Injektion von Antimon- und Kaliumtartrat), von J. Kingsbury und S. M. Peck-New York. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 23,

Digitized by Google

S. 1900.) Verf. verwendet 3—10 ccm 1%ige Lösungen, jedesmal um 1 ccm steig und zwar 2—4 Injektionen pro Woche. Meist nur leichte Störungen während der jektion (Zyanose, Atemnot, manchmal Erbrechen). Nach wiederholten Injektionen le Thrombosierung. Krankengeschichte von drei Fällen mit Genitalulzeration unsp fischer Art (keine Streptobazillen, keine Spir. pall.): heilten nach langdauernder handlung mit Umschlägen, Ätzungen usw. nach wenigen Injektionen. Wegen immerhin bestehenden Nebenerscheinungen sollte die Methode nicht für einfache, sond nur für phagedänische, sonst nicht heilende Ulzera gebraucht werden.

H. Colman-Berlin.

The Etiology of Granuloma Inguinale (Die Ätiologie des Granuloma inguina von I. A. Mc Intosh-Memphis, Tenn. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 13, S. 9 Bei 14 von 15 untersuchten Fällen von Granuloma inguinale gelang es dem Verf., d Erreger Donovansche Körperchen (Calymmatobacterium granulomatis) im Gewebe na zuweisen; in 8 von diesen 15 Fällen (es handelte sich um Neger) glückte die R kultur am besten auf Sabouraudnährboden. Verf. gelang es als erstem, die Affektio von Mensch zu Mensch zu übertragen. Von dieser Impfläsion wurden wieder Donova körper in Reinkultur gewonnen. Der Beweis der Antikörperbildung gegen den reinkul vierten Erreger konnte durch Feststellung von Agglutininen, Präzipitinen, Globulinver änderungen des Blutes (Formol-Gel-Reaktion nach Foulger) und das Auftreten d Hautreaktion von W. Frei erbracht werden. Die Bazillen der Friedländer-Gruppe sind damit als Erreger abgetan. Die Möglichkeit der Kultur der Donovankörperchen in se verdünnten Lösungen der besten Heilmittel: Antimon und Kaliumtartrat beweist, da die Wirkung dieser Heilmittel eine indirekte ist. Das beste Färbungsmittel für den Er reger ist Brillant-Kresylblau, aufgelöst in physiologischer Kochsalzlösung. In der Di kussion bezweifelt Kenneth Lynch-Dalles, Texas die Spezifität der Donovansche Körperchen, weil Mc Intosh durch Impfung mit der Reinkultur nicht ein typisches Granu lom, sondern einen Abszeß erzeugte.

P. Unna jr.-Hamburg.

Blennorrhoe

a. Ätiologie

Zur Bewertung der Scheidensekretreaktion bei der Feststellung des Trippers und seiner Heilung, von W. Leipold, Univ.-Kl. Greifswald. (M. m. W., 1927, Nr. 1. S. 25.) Meist ist die Scheidensekretion bei Tripper alkalisch, neutral oder schwach sauer, jedoch in 16,7% stark sauer. Bei Blenn. urethrae wird die Scheidenschleimhaut nicht beeinflußt. Bei nicht Blennorrhoekranken ist die Sekretion meist, jedoch nicht immer, sauer. Die Gonotestuntersuchung trägt zur Beurteilung eines therapeutischen Fortschritts bei, ist jedoch nicht entscheidend. Sie ist der mikroskopischen Untersuchung unterlegen. Die Genauigkeit leidet unter den Schwankungen der Reaktion zwischen, vor und nach den Menstruationen.

H. Colman-Berlin.

Réaction de fixation dans les gonococcies (Gonokokken-Bindungsreaktion). von I. Gheorghiu. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 38, S. 1577.) Die Gonokokken-Komplementbindungsreaktion wurde vom Verf. an 400 blennorrhoischen Pat. durchgeführt. Positiver Ausfall der Reaktion übereinstimmend mit dem positiven mikroskopischen Gonokokkenbefund. Sobald Gonokokken geschwunden sind, negativer Ausfall: der verschieden starke Ausfall der Reaktion steht in Beziehung zur Anzahl der vorhandenen Gonokokken. Die Reaktion ist für Blennorrhoe spezifisch.

S. Habermann-Prag.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Gestorben: Prof. agrégé Ch. Burlureaux in Paris. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 18 (Bd. 84) 30. April 1927

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Charlottenburg
(Leiter: Prof. C. Bruhns)

Zur Klinik und Pathogenese der Erythrocyanosis crurum puellaris

Von
Dr. Arthur Alexander

Mit 1 Abbildung im Text

Vor Jahresfrist erschien in den Act. derm.-venereol.[1]) eine Arbeit von S. Mendes da Costa und Frau M. van Oort-Lau über Erythrocyanosis crurum puellaris, in der unter eingehender Berücksichtigung der Literatur und Mitteilung von fünf eigenen zum Teil vom Typus der Krankheit etwas abweichenden Fällen die Verff. insbesondere die ätiologische Seite der Affektion erörterten. Sie glauben, daß an erster Stelle die Erythrozyanosis durch ovariellen Einfluß auf die Zirkulation entsteht, daß aber im Anschluß daran manche anderen Faktoren im Spiele sind: Einfluß der Tuberkulose, Einwirkung der Kälte (hauptsächlich auf den zwischen Rock und Schuh gelegenen Teil der Beine, wo die Bekleidung etwas gering ist) und weiter verschiedene andere Gelegenheitsursachen, Nässe, Traumen, Stauung durch Obstipation, Myoma uteri, Rheuma u. a. m. Angesichts dieser Vielheit von ätiologischen Momenten, die verantwortlich gemacht werden und die m. E. nicht geeignet sind, die Erkenntnis des Krankheitsbildes zu fördern, schien es mir eine lohnende Aufgabe, den Versuch einer präziseren Auffassung der Erythrozyanosis zu wagen, und das um so mehr, als mir eigentlich keine einzige der angeführten ursächlichen Faktoren die Frage erschöpfend zu lösen schien. Als Vorbedingung einer zufriedenstellenden ätiologischen Aufklärung müßte allerdings zuvor das klinische Bild der Erythrozyanosis wesentlich schärfer umrissen dastehen, als das zur Zeit der Fall ist, und es müßte vor allem ihre Abgrenzung von verwandten oder vielmehr verwandt erscheinenden Dermatosen, wie dem Erythema induratum und den Erfrierungszuständen, weit präziser durchgeführt werden als das bisher in der Literatur vielfach zu konstatieren war.

Ich möchte in den folgenden Zeilen auf Grund einiger reiner und durchaus eindeutiger Fälle, die ich beobachten konnte, zunächst diesen Versuch machen, allerdings mit der einschränkenden Bemerkung, daß auch meiner Auffassung der Krankheit manches Hypothetische anhaftet

[1]) Act. derm.-venereol., 1926, Bd. 7, H. 1.

Digitized by Google

und daß sie nicht den Anspruch macht und machen darf, definitiv richtig und unangreifbar zu sein. Ich teile zunächst die von mir beobachteten Fälle kurz mit [1]).

Fall 1. Frl. B. Anamnese. Seit Patientin denken kann, hat sie die Veränderungen an den Unterschenkeln bemerkt, ebenso die Verhärtung der Hände. Menses o. B.

Status: Am linken Unterschenkel ist der untere Teil der Fibulaseite blaurot verfärbt, von festerer Konsistenz als normal, geschwollen, mit glatter Oberfläche. Auf Druck kein Ödem und keine Schmerzhaftigkeit. Die erkrankte Partie erstreckt sich hinten herum bis zur Tibiaseite, so daß nur noch etwa ein Drittel der Zirkumferenz des Unterschenkels freibleibt. Am rechten Unterschenkel ist mehr der vordere Teil sowie ebenfalls die fibulare Seite befallen. Die distalen Enden der Affektion gehen steil abfallend (polsterartig) in die gesunde Umgebung über. Die gesamte erkrankte Gegend ist von gleichmäßiger Konsistenz. Es finden sich keine Erweichungsherde oder verhärtete Stellen in ihr. Auf beiden Unterschenkelstreckseiten ausgesprochene Keratosis pilaris.

Die Haut der Handteller fühlt sich derb und hart an und ist auf der Unterlage nicht verschieblich. Sie macht den Eindruck, als sei sie mit letzterer verwachsen (sklerodermieähnliche Beschaffenheit). Die Epidermis ist normal und zeigt keinerlei degenerative oder narbige Veränderungen.

Fall 2. Frl. E. H., 20 Jahre. Anamnese. Patientin hat geschwollene Beine seit sie denken kann. Keine Schmerzen. Menses o. B.

Status: Tibiale Seite des linken Unterschenkels im unteren Drittel gerötet, leicht bläulich verfärbt, von glatter Oberfläche, polsterartig geschwollen. Am rechten Unterschenkel das gleiche Bild, die Affektion greift hier etwas weiter als am anderen Bein nach hinten herum. Auch hier der bläuliche Timbre, nur relativ schwach, aber immerhin deutlich erkennbar. Beiderseits starke Keratosis pilaris. Keine Knotenbildung in den erkrankten Partien, keine Erweichungsherde oder Geschwüre.

Fall 3. Frl. H. H. Anamnese. Seit Patientin denken kann, waren die Beine immer blaurot, dabei glatt. Erst in letzter Zeit, seit etwa $1^1/_2$—2 Jahren, haben sich in den bisher glatten Teilen Knoten gebildet, die zunächst rot waren, dann einen mehr bläulichen Ton annahmen. Keine Schmerzen in den Beinen, auch die Knoten sind nicht besonders schmerzhaft. Menses o. B.

Status: Das untere Drittel der Fibulaseite des linken Unterschenkels ist in eine blaurote, etwas härter als die Umgebung sich anfühlende, von letzterer scharf sich abhebende Geschwulst verwandelt, in der sich wieder drei Stellen dadurch von der Nachbarschaft unterscheiden, daß sie einen heller roten Farbenton und eine festere Konsistenz als diese besitzen. Diese Partien haben, als Patientin nach einem Vierteljahr nach der ersten Konsultation sich wieder vorstellt, einen tiefdunklen, dunkler als die Umgebung erscheinenden Farbenton angenommen, sind etwas weicher, aber immer noch durch den schwärzlichen Ton deutlich von der Umgebung unterscheidbar geworden, an einer Stelle auf der Oberfläche eine narbige Einsenkung. An der tibialen Seite links ist das Gewebe normal, und inmitten desselben sieht man noch eine kleine leicht infiltrierte Stelle als Rest eines in Rückbildung befindlichen Knötchens. Rechts befindet sich ebenfalls an der entsprechenden Stelle der Fibulaseite eine deutlich blaurote Stelle von der gleichen Beschaffenheit wie oben beschrieben, an der Tibiaseite eine kleinere mehr hellrote Stelle.

Fall 4. Frau H. K., 45 Jahre alt. Anamnese. Patientin machte im März 1926 eine Blinddarmoperation durch und lag dann einige Monate nach ihrer Entlassung drei Wochen auf der inneren Abteilung des Krankenhauses Westend wegen geschwollener Beine. Daselbst konnte kein Grund für die Schwellung eruiert werden, speziell keine renale oder kardiale Ätiologie. Die Schwellung der Beine besteht fort. Sie sucht deswegen, da zeitweilig Schmerzen auftreten, unsere Hilfe auf. Menses o. B.

Status: Beide Unterschenkel zeigen direkt über den Knöcheln an der medialen Seite und übergreifend auf die Streckseite blaurote Verfärbung, die mit unscharfer Begrenzung in die normale Haut übergeht. Die Haut über der erkrankten Stelle ist glatt, weist am Knöchel eine leichte polsterartige Verdickung auf, gibt auf Fingerdruck keine

[1]) In den folgenden Krankheitsberichten sind nur die Hautstatus aufgeführt, die übrigen Untersuchungsergebnisse sind der Raumersparnis halber weggelassen.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL LABORATORIES REMOVED

bleibende Delle. Am Rande der blauroten Partien sieht man zahlreiche erweiterte Blutgefäße, die erstere gewissermaßen einsäumen. Nach oben von der polsterförmigen Stelle, die besonders links ausgebildet ist, ist eine diffuse blaurote, bis unterhalb des Knies reichende Verfärbung sichtbar. Keine Keratosis pilaris.

Fall 5. Frl. E. F. Anamnese. Beginn vor 10 Jahren am rechten Schienbein mit Bildung eines roten Fleckes. Ein Jahr später erkrankte das linke Bein. So wie sie jetzt ist, besteht die Affektion seit 8 Jahren unverändert. Nur zeitweise Schmerzen, meist nur schweres Gefühl beim Gehen. Menses o. B.

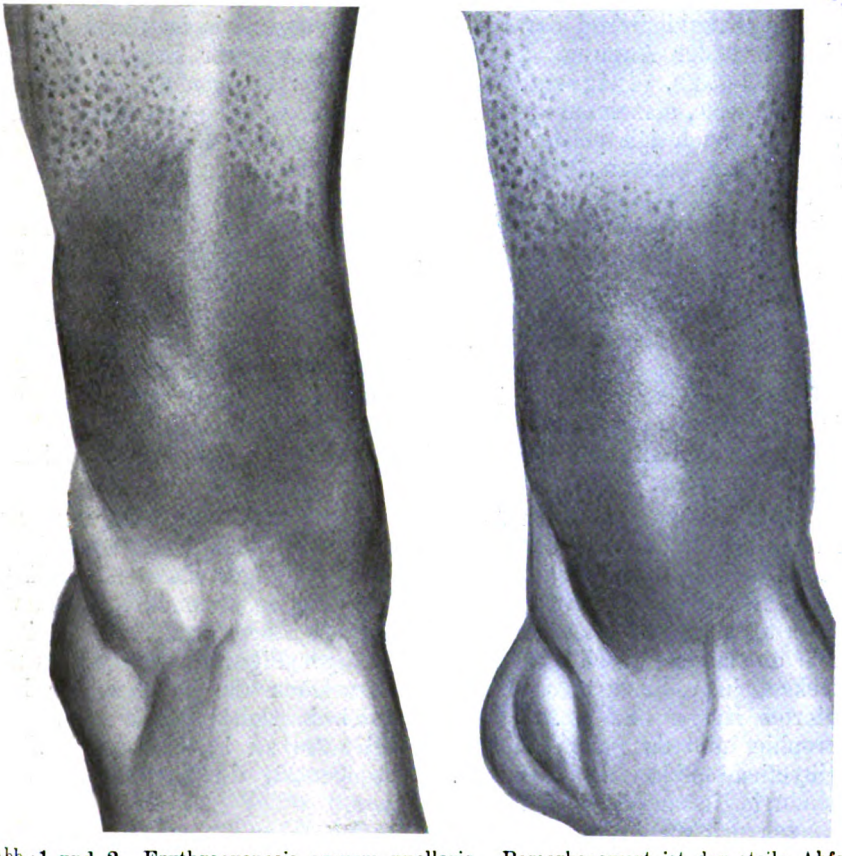


Abb. 1 und 2. Erythrocyanosis crurum puellaris. Bemerkenswert ist der steile Abfall der polsterartig geschwollenen blauroten Partien ins Gesunde und die Keratosis-pilaris-artigen Effloreszenzen

Status (vgl. Abb.). Rechtes Bein: Außenseite des unteren Drittels des Unterschenkels blaurot verfärbt, von teigig fester Konsistenz, glatter, nicht gefältelter Oberfläche. Die Schwellung setzt sich nach der Innenseite zu fort, daselbst etwas oberhalb des Fußgelenkes polsterartig jäh gegen die Umgebung abfallend. Starke Keratosis pilaris, die bis zum unteren Drittel des Oberschenkels reicht. Am linken Unterschenkel genau dasselbe Bild. Er ist ebenfalls fast in seiner ganzen Zirkumferenz in der gleichen Weise verändert. Auch hier polsterartige Schwellung nach innen zu oberhalb des Fußgelenkes und steiler Abfall. Menses o. B. (20. XI. 1926).

Patientin kommt dann längere Zeit nicht zur Vorstellung, weil durch die Behandlung (Höhensonne) eine wesentliche Besserung nicht erzielt worden war.

Digitized by Google

23. XII. 1926. Seit 8 Tagen haben sich Schmerzen und Rötung auf den alten Stellen hinzugesellt, sowie Jucken, sobald die Patientin ins Bett kommt. Objektiv sieht man am rechten Unterschenkel auf der Höhe des Polsters eintalergroße, sehr deutlich hellrote Stelle, die sich durch Gefühl und Aussehen von der blauroten Umgebung scharf abhebt. Am linken Unterschenkel an der gleichen Stelle, und zwar besonders innen, etwas weniger außen oberhalb des Malleolus int. resp. ext. etwa 8—10 kleine deutliche hellrote Infiltrate (Pernionen). Rückgang der letzteren innerhalb 14 Tagen unter Röntgenbehandlung.

Das Krankheitsbild der typischen Erythrozyanosis ist durch die Beschreibung der Autoren, die ich auf Grund unserer Erfahrungen voll bestätigen kann, einigermaßen sichergestellt: Es handelt sich um eine blaurote, feste, manchmal unscharf gegen die Umgebung abgesetzte, manchmal aber auch jäh polsterartig gegen die gesunde Haut abfallende Infiltration am unteren Drittel der Unterschenkel, verbunden mit einer an Keratosis rubra pilaris erinnernden Veränderung der Follikel an den Beinen. Die bedeckende Haut ist nur wenig faltbar. Durch Fingerdruck läßt sich kein Ödem hervorbringen. Die Affektion ist manchmal zeitweise etwas schmerzhaft. Bolte[1]) fand in seinen beiden Fällen außer den Unterschenkeln auch noch die Unterarme, Innenseite des Kniegelenks, das Gesäß, die Mamma befallen.

Von diesem Krankheitsbilde sind nun von verschiedenen Seiten Abweichungen berichtet, die ich gradatim, d. h. je nach der Bedeutung, die sie für die Gesamtauffassung des Krankeitsbildes besitzen, nach der Reihe, von der am wenigsten wichtigen beginnend, kurz zur Orientierung anführen möchte.

a) Die oben genannten Autoren (Mendes da Costa und van Oort-Lau) beschreiben inmitten der blauroten Verfärbung bei zwei Fällen hämorrhagisch punktförmige Papelchen, die weniger als stecknadelkopfgroß und von einer weißen, linsengroßen Stelle umgeben sind, welche von feinen teleangiektatischen Linien und Pünktchen begrenzt wird. In einem Falle entstanden durch Konfluieren derartiger Figuren festonierte weiße Flecken, in welchen hämorrhagische Papelchen die Zentren der konfluierten Kreise bildeten. „Wahrscheinlich handelt es sich um narbige Atrophie, und das ganze Krankheitsbild wäre zu bezeichnen als ‚Cutis asphyctica solida diffusa' bzw. ‚Erythrocyanosis diffusa cum folliculis haemorrhagicis et Atrophia'."

Ich möchte dazu bemerken, daß Andeutungen der geschilderten Veränderungen bei unserem Fall 4 ebenfalls nachweisbar waren, und zwar in Gestalt der in dem diffusen blauroten Infiltrat auffallenden Teleangiektasien. Letztere sind offenbar identisch mit den hämorrhagisch punktförmigen Papelchen von Mendes da Costa und van Oort-Lau, bei denen sich histologisch ja auch keine Hämorrhagien, sondern nur strotzend mit Blut gefüllte Gefäße fanden: wie wir ja überhaupt gelegentlich in der Hauthistologie zu unserem Erstaunen bei mikroskopischer Untersuchung von nicht wegdrückbaren klinisch als Hämorrhagien imponierenden roten Stellen histologisch keine Blutaustritte, sondern nur erweiterte, nahe an die Epidermis heranreichende mit Blut gefüllte Kapillaren finden.

[1]) Kl. W. 1922, 12.

Digitized by Google

b) Wichtiger als diese eine unbedeutende Komplikation des ursprünglichen Krankheitsbildes darstellenden Veränderungen sind dann ferner die zeitweise in den blauroten Infiltraten auftretenden akut entzündlichen zinnoberroten Flecke, die nach einiger Zeit von selbst wieder verschwinden. Diese Flecke haben auch die eben genannten Autoren bei drei ihrer Fälle gesehen und halten sie für ein Erythema induratum, glauben also demnach an eine Mischform von Erythrozyanosis und Tuberkulose. Wir selbst haben diese Knoten ebenfalls in unserem Falle 3 beobachtet, haben uns aber nicht davon überzeugen können, daß es sich hier um Tuberkulose handelt. Dagegen spricht doch immerhin, wenn nicht absolut — denn auch Follikliskноten können sehr akut auftreten und relativ schnell wieder verschwinden —, aber doch relativ das plötzliche Aufschießen und schnelle spurlose Wiederverschwinden der Infiltrate, während doch die tuberkulösen Infiltrate im allgemeinen zum mindesten einige Monate unverändert fortzubestehen pflegen. Viel näher liegt es doch, diese Knoten als phlebitische oder periphlebitische Entzündungen, vielleicht auch als eine Art hämorrhagische Infarkte in dem schlecht durchbluteten, zu Zirkulationsstörungen neigenden Gewebe der Erythrozyanosis anzusehen. Alles, was wir vom Erythema induratum bislang gesehen haben, sah doch gänzlich anders aus als diese schnell auftauchenden und relativ schnell wieder verschwindenden roten Flecken: Es waren das feste, stabile, in gesunder Umgebung eingelagerte, harte, in manchen Fällen sogar zu Ulzerationen recht bösartigen Verlaufes neigende Infiltrate, wie denn überhaupt nach unseren Erfahrungen die Prognose des Erythema induratum quoad sanationem keineswegs so günstig ist, wie vielfach angenommen wird.

c) Eine dritte Komplikation, über die hauptsächlich Lengfellner[1]) berichtet, sind Ulzera, die sich an den asphyktischen Stellen über dem seitlichen Tibiarande entwickeln und die bei L. in einem Viertel der Fälle, nämlich in 21 von 84, zur Beobachtung kamen. Ich persönlich glaube nicht, daß dieser Komplikation eine große Bedeutung für die Klinik unserer Affektion zukommt. Ich glaube überhaupt, daß ein großer Teil von L.s Fällen streng genommen nicht zur Erythrozyanosis gehört, sondern daß da — L. ist Orthopäde — mancherlei andere Prozesse mit hineingeworfen worden sind. Dafür spricht schon die außerordentlich große Anzahl von Beobachtungen L.s (84), während wir Dermatologen auch an einem großen Material, eben weil wir alle anderen verwandten Affektionen, insbesondere die Frostschäden, streng davon trennen, dieses Leiden nur relativ selten zu Gesicht bekommen; dafür spricht auch L.s Ansicht, daß das Ulkus das notwendig eintretende Endprodukt des Prozesses sei: eine Annahme, die schon durch die Anamnese eines Teiles unserer Patientinnen, bei denen die Affektion schon viele Jahre unverändert besteht, strikte widerlegt wird. Auch die Tatsache, daß von den oben genannten 21 Geschwüren 6, wie L. zugibt, eine tuberkulöse bzw. syphilitische Ätiologie hatten, spricht nicht gerade zugunsten seiner Auffassung. Daß Geschwüre im Laufe einer Erythrozyanosis vorkommen, soll nicht bestritten werden — wir selbst haben solche von

[1]) M. m. W., 1920, Nr. 33.

Digitized by Google

kurzer Dauer in einem Falle (3) auf den von uns als hämorrhagische Infarkte bzw. Phlebitiden gedeuteten Infiltraten beobachtet —, aber keinesfalls in großer Anzahl und in so intimer Beziehung zu dem Grundleiden, wie L. will. Auch von anderen Autoren wird über diese Komplikation nichts berichtet. Ich glaube, wir müssen das klinische Krankheitsbild der Erythrozyanosis überhaupt viel präziser fassen, als das L. tut: L. glaubt, daß das Leiden eine Folge von jahrelang symptomlos bestehenden schwartenmäßigen Fettansammlungen ist, die sich dann infolge von Zirkulationsstörungen blaurot verfärben. Auch diese Annahme erscheint mir recht unwahrscheinlich, da bei unseren Fällen von übermäßiger allgemeiner oder auch nur lokaler Fettansammlung keine Rede war. Im ganzen möchte ich L.'s Schilderung, so interessant sie ist, doch für die nosologische Bewertung und Begrenzung des uns beschäftigenden Krankheitsbildes nicht mit heranziehen, weil da zu viele Momente mit hineinverwoben sind, die streng genommen nicht zu dem Krankheitsbilde gehören.

Soviel über das klinische Bild.

Eine weitere Frage, und wohl die wichtigste und schwierigste bei der Erythrozyanosis, ist die nach der Ätiologie, mit deren Beantwortung ja auch ihre klinische Begrenzung und Reindarstellung, d. h. ihre Scheidung von anderen nahestehenden oder scheinbar nahestehenden Dermatosen gefördert wird. Und hier begegnet man doch in der Literatur noch immer gewissen Unklarheiten. Die einen sind, wenn auch nicht immer ganz eindeutig und ausgesprochen, für Zusammenhang mit Frost[1]) [Lasslo, Bodo[2]) sagt, das Leiden werde durch Frost bei weiblichen Individuen verursacht, bei denen eine Dysfunktion der Ovarien vorhanden ist; Thibierge und Stiassny[3]) sprechen von kalten Händen und Füßen, ebenso auch, wie schon erwähnt, Mendes da Costa und van Oort-Lau]. Lengfellner tritt mit Energie für die schon erwähnte, von ihm supponierte Kreislaufstörung ein, die, wie er meint, an den geschilderten Stellen Traumen sowie Nässe und Kälte besonders ausgesetzt ist und, des unterliegenden Wärmefettpolsters entbehrend, einen besonderen Locus minoris resistentiae bildet. Etwas abseits von den übrigen Untersuchungen steht Deneke[4]), der in seinen 5 Fällen Endokardveränderungen fand und eine Polyarthritis rheumatica annimmt. Drei seiner Patientinnen hatten auch Gonorrhoe. Ich glaube, diese Fälle sind nicht ganz eindeutig. Am ersten meine ich noch, daß es sich um Fälle von Erythema induratum handelt, die sich vorübergehend mit Erythema nodosum und Polyarthritis kombiniert haben. Die Gonorrhoen sind nur Zufallsbefunde.

Von ganz besonderer Wichtigkeit für die Auffassung unseres Krankheitsbildes ist dessen Beziehung zur Tuberkulose, insbesondere zum Erythema induratum. Ich habe meine Stellungnahme gegenüber dieser Frage bereits oben präzisiert, und ich möchte hier nochmals hervorheben, daß wir niemals eine Koinzidenz von Erythema induratum und Erythrozyanosis anzunehmen Gelegenheit hatten und auch nicht glauben, daß

[1]) Siehe weiter unten die Bemerkungen zu der Arbeit von Klingmüller und Dittrich. — [2]) Orv. Hetilap, 1925, 2. Ref. Zbl., Bd. 18, S. 205. — [3]) Soc. de dermat., 10. II. 1921, S. 67. — [4]) D. m. W., 1919, S. 1211.

Digitized by Google

sie oft vorkommt. Galewsky[1]) berichtet über einen derartigen Fall, der zunächst als Erythrozyanosis imponierte, sich aber dann doch als Erythema induratum erwies. Aber das ist doch ebenso wie Nardellis[2]) Beobachtungen vom gemeinsamen Vorkommen von Erythema induratum und Zyanose eine Ausnahme. Wir selbst haben bei unserem großen Material von Erythema induratum — ich habe bereits als Assistent am Allerheiligen-Hospital in Breslau ungewöhnlich viele derartige Fälle gesehen und seinerzeit gemeinsam mit Harttung auch publiziert — niemals Mischformen beider Affektionen beobachtet, und ebenso bei unseren Erythrozyanosisfällen niemals solche gefunden, bei denen wir das Nebenherbestehen eines Erythema induratum anzunehmen Veranlassung hatten. Vielleicht ist Galewskys Fall so zu deuten, daß, wie das auch Jadassohn annimmt, nachträglich eine Infektion mit Tuberkelbazillen stattgefunden hat, indem hinterher Bazillen mobilisiert worden sind und sich dort als an einem Locus minoris resistentiae eingenistet haben.

Daß die reine Erythrozyanosis mit der Tuberkulose nichts zu tun hat, wird neuerdings auch wieder von französischer Seite energisch betont. Lortat-Jacob und Monet[3]) berichten über völliges Versagen der Tuberkulinbehandlung in 4 Fällen der Affektion. Allerdings tritt Milian in der gleichen Sitzung warm für die tuberkulöse Natur der Erythrozyanosis ein. Aber sein Hauptargument, daß er im Fettgewebe bei 5—6 Fällen tuberkuloide Veränderungen fand, kann meines Erachtens nicht stichhaltig sein, da durch zahlreiche Untersuchungen [A. Kraus[4]), Flemming[5]), Alexander[6]) [7]) u. a.] längst bewiesen ist, daß bei nichtspezifischen Entzündungen des Fettgewebes und der damit verbundenen Wucheratrophie Prozesse vorkommen, die sehr tuberkuloseähnlich sind. Auch Milians übrige Momente, die er vorbringt, wirken meines Erachtens keineswegs überzeugend: er erklärt die Affektion für eine lokale Fettanhäufung, auf die zyanotische Prozesse aufgepfropft sind. Beides komme bei der Tuberkulose (Forme polysarcique der Lungentuberkulose) bzw. bei den Tuberkuliden (Lupus pernio) vor. Milian nennt übrigens unsere Affektion „Adipositas cyanotica".

Wir müssen also sagen, die Erythrozyanosis hat mit Tuberkulose nichts zu tun, kann sich aber wohl nachträglich mit ihr kombinieren, obwohl sie das sicherlich nicht besonders häufig tut.

Die gleiche Anschauungsweise gilt, wie ich glaube, für das Verhältnis zum Frost. Unsere Fälle, die wir nach dieser Richtung hin sehr genau ausgefragt haben, sprechen absolut gegen eine solche ätiologische Beziehung. Dagegen steht natürlich nichts im Wege, daß, wie in unserem Fall 5 und in einem anderen hier nicht besonders erwähnten, sich nachträglich in einer solchen schlecht durchbluteten Gegend Frost etabliert. Aber auch hier ist das in diesem Winter, nachdem das ursprüngliche Leiden jahrelang komplikationslos bestanden hat, bei beiden Patientinnen zum ersten Male passiert — ein Beweis, daß da ätiologisch keinerlei Zusammenhänge vorhanden sind.

Ich möchte diese meine Überzeugung gerade deswegen ausdrücklich betonen, weil Klingmüller und Dittrich[8]) neuerdings in einer sehr eingehenden und instruktiven Darstellung über ‚Frostschäden' die Grenzen

[1]) B. derm. Ges., ref. Derm. W., Bd. 84, 1. — [2]) Giornale ital., 1926, Bd. 67, 1. — [3]) Bull. de la soc. franç. de derm., April 1926. S. 344. — [4]) Arch., Bd. 66 u. 72. — [5]) Arch. f. mikr. Anat., Bd. 7. — [6]) Harttung und Alexander, Arch., 1902, Bd. 60 u. 1904, Bd. 71. — [7]) Alexander, Derm. Zschr., 1919, Bd. 27, 3. — [8]) Derm. Zschr., 1926, Bd. 49, H. 1/2.

Digitized by Google

zwischen letzteren und der Erythrozyanosis nicht so scharf gezogen haben, wie wir selbst das getan haben.

K. und D. beschreiben als ‚Frostschäden' blaurote knotige Infiltrate, die besonders an der Stelle des Beines, wo zwischem unterem Rocksaum und oberem Schuhausschnitt bei weiblichen Individuen eine dem unteren Drittel des Unterschenkels entsprechende Partie dem Zutritt der Kälte freien Spielraum läßt, sich zu lokalisieren pflegen. Das Krankheitsbild ist fernerhin charakterisiert durch Keratosis pilaris-ähnliche Effloreszenzen, die vom unteren Drittel des Oberschenkels beginnend nach unten bis zum Fußrücken reichen und die die Verfasser als Vorstufen der Frostbeule, als — je nach ihrem Aussehen — Pernio follicularis acuminatus sive planus benannt und aufgefaßt wissen wollen. Sie sehen in diesen Follikeln den ersten Angriffspunkt für die Schädlichkeiten, welche an der menschlichen Haut allmählich zum Bilde der Frostbeulen führen können; erst in zweiter Linie werden die übrigen Hautgefäße in Mitleidenschaft gezogen, indem zunächst an den befallenen Stellen beide Schenkel der Kapillaren (der arterielle und der venöse) der Lähmung verfallen und dann schließlich die venöse Stase endgültig überwiegt. Das Stadium, während dessen auch der arterielle Schenkel an der Lähmung teilnimmt, ist klinisch charakterisiert durch das Auftreten heller zinnoberroter Flecke, die dann bei Eintritt des Dauerstadiums der venösen Gefäßerweiterung in das Pernionenblau übergehen.

Vergleicht man die eben gegebene Schilderung von K. und D. mit dem von mir für die Erythrozyanosis gezeichneten Bilde, so ist man erstaunt über die Ähnlichkeit der klinischen Einzelmomente. Die blauroten Tumoren, die zinnoberroten Flecke, die Keratosis pilaris-ähnlichen Follikularschwellungen — alles das finden wir bei beiden Dermatosen. Aber wir fanden beim Frost nicht die permanenten steil gegen die Umgebung abfallenden blauroten Polster der Erythrozyanosis, sondern — so weit unser Beobachtungskreis reicht — nur ebenso gefärbte, je nach der Jahreszeit sehr im Volumen wechselnde, manchmal ganz zurückgehende, jedenfalls aber nicht stabile Schwellungen, die im Gegensatz zur Erythrozyanosis leicht zu Ulzerationen neigen. Auch die zinnoberroten Flecke sahen wir, aber wir deuten sie anders als K. und D.: in der oben angegebenen Weise als sekundäre Prozesse. Und so glaube ich, daß K. und D.'s Darlegungen zwar objektiv mit unserer Auffassung konform gehen, daß aber die betreffenden Fälle, wenigstens zum Teil, anders gedeutet werden müssen, nämlich als Erythrozyanosis.

Parkes Weber[1]), den die genannten Autoren als Stütze ihrer Anschauungen für sich in Anspruch nehmen, sagt gerade im Gegenteil, daß „die Kälte zwar ein auslösendes Moment der in Rede stehenden Veränderungen sei, aber nur auf der Basis eines konstitutionellen Defektes in der kapillaren Zirkulation der Haut und des Unterhautfettgewebes." Es ist also keineswegs die Kälte allein, die nach Parkes Weber die von K. und D. als Frostschäden aufgefaßten Prozesse auslöst, sondern vor allem die angeborene Minderwertigkeit des Gefäßsystems, die der niedrigen Außentemperatur erst die Möglichkeit des Angriffspunktes bietet.

Auch von anderen englischen Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben [Dore und Stott[2]), Mac Cormac[3])], wird die Frosthypothese mehr oder minder entschieden abgelehnt.

---

[1]) Note on a Kind of Chronic Erythema of the Legs in Girls and Young Women, sometimes Leading to Diffuse Thickening and Sclerodermialike Induration of the Skin and Subcutaneous Tissue without Nodules and Ulcers. The British Journal of Derm., 1925, S. 259 ff. — [2]) The British Journal of Derm., 1922, S. 280. — [3]) The British Journal of Derm., 1922, S. 360.

Digitized by Google

Noch weit weniger geklärt wie die letzterwähnten Zusammenhänge sind die Beziehungen, die die Erythrozyanosis zur Funktion der weiblichen Genitalien bzw. dem autonomen Nervensystem hat.

POÓR[1]) beschreibt unsere Dermatose in seiner Abhandlung „Durch Funktionsstörungen des weiblichen Genitalsystems hervorgerufene Hauterkrankungen" als eine Hauterkrankung, welche sich bei „dysmennorrhoischen jungen, zumeist blutarmen, oftmals im Winter und Herbst an Frostbeulen leidenden Frauen findet und in der Pubertätszeit mit dem Eintritt der ersten Menses ‚beginnt'".

Auch ADLER[2]) fand bei seinen Fällen Genitalhypoplasie oder Amenorrhoe, so daß er diese Verfärbungen geradezu für ein pathognomisches Symptom der Hypoplasie hält. Es ist aber zweifelhaft, ob die ADLERschen Fälle überhaupt mit unserem Krankheitsbilde der Erythrozyanosis identisch sind: sie zeigten eine „eigentümliche, mehr diffuse oder fleckige, bläulichrote Varfärbung der Haut, nicht selten mit feinster Gefäßzeichnung darin", die hauptsächlich an den Mammae lokalisiert war und die ASCHER[3]) wohl nicht ganz mit Unrecht der Cutis marmorata zurechnet.

Dagegen zeigen BOLTES beide Fälle von „Erythrocyanosis cutis symmetrica", wie er nach CURSCHMANNS Vorgang unser Krankheitsbild bezeichnet, obwohl sie normalen Genitalbefund boten, einen, wie er meint, ausgesprochenen Zusammenhang der Kreislaufstörung der Haut mit der Ovarialfunktion (Abnahme der Verfärbung während der Menstruation, Auftreten derselben erst nach Eintreten der Menses). Nach unseren heutigen Kenntnissen steigern die Inkrete des Ovariums den Vagustonus. Und so zeigten tatsächlich beide Patientinnen eine ausgesprochene „vagotonische Vasoneurose" (Dermographismus, Eosinophilie, Frostschäden, psychoneurotische Symptome, starke Schweißabsonderung).

JUSTERS[4]) Standpunkt der Erythrozyanosis gegenüber erhellt sehr deutlich aus dem Titel, den er seiner Arbeit gibt: „Les érythèmes infiltrés ou infiltrations érythématocyanotiques des neuro-endocriniens". Er glaubt, daß das vasomotorische System im Verein mit endokrinen Prozessen eine wichtige Rolle in der Pathogenese spiele, um so mehr, als ihm die Therapie mit Schilddrüsen- und anderen Organextrakten beachtenswerte Ergebnisse gezeitigt habe. Auch WERTHER[5]) (Diskussion zu LEIBKINDS Krankenvorstellung in der Dresdener Derm. Ges.) neigt der gleichen Ansicht zu. Ebenso auch MENDES DA COSTA und VAN OORT-LAU, die ebenso wie WIENER[6]) an erster Stelle neben anderen Faktoren (siehe oben bei Frost) ovarielle Einflüsse auf die Zirkulation verantwortlich gemacht wissen wollen.

Angesichts dieser gewichtigen Stimmen haben auch wir uns ernstlich gefragt, ob in unseren Fällen irgend welche Störungen von seiten zunächst des autonomen Nervensystems (im Sinne von BOLTE, indem die veränderten Hormone nicht toxinartig auf die Blutgefäße der Haut diese verändernd wirken, sondern auf das vasomotorische Nervensystem ihre Wirkung ausüben) nachzuweisen seien, und haben in drei Fällen — bei den beiden übrigen war es aus äußeren Gründen unmöglich — die bekannten pharmakodynamischen Prüfungen[7]) der Erregbarkeit des Sympathikus und des Parasympathikus (Adrenalin- bzw. Pilokarpin- und Atropininjektionen) angestellt: Bei zwei (1., 2.) fanden wir völlig normale Verhältnisse, in einem Falle (Fall 5) ausgesprochene Vagotonie. Wir können demnach, zumal wenn wir bedenken, wie zahlreiche Frauen Vagotonie haben, ohne daß sie Symptome von Erythrozyanosis zeigen, auf Grund unserer Fälle uns den Autoren, die

[1]) D. W., Bd. 82, 9. — [2]) Arch. f. Gyn., Bd. 95. — [3]) Die Blutdrüsenerkrankungen des Weibes. Wiesbaden 1918. — [4]) Bull. de la soc. franç. de derm., April 1926, S. 347. — [5]) Zbl., Bd. 16, S. 527. — [6]) Die Beziehungen der Genitalorgane zu Hautveränderungen. Marhold, Halle a. S. 1924. — [7]) Die betreffenden pharmakodynamischen Untersuchungen, deren Protokolle ich der Raumersparnis wegen nicht wiedergebe, sind von Frl. Dr. WEINSTOCK ausgeführt worden.

Digitized by Google

im vegetativen Nervensystem die Ursache der uns beschäftigenden Dermatose sehen, nicht anschließen.

Von Interesse erschien uns fernerhin auch noch der Hinweis von Thibierge und Stiassnie[1]), daß vielleicht die Thyreoidea mit im Spiele sei. Bei drei von unseren Kranken, den oben in bezug auf das vegetative Nervensystem untersuchten, konnten wir auch dieser Spur nachgehen. Klinisch waren bei diesen Fällen und auch bei den anderen beiden keinerlei Hinweise auf eine Schilddrüsenerkrankung vorhanden (Exophthalmus, Tachykardie, Tremor, Vergrößerung der Schilddrüse). Und auch der Grundumsatz[2]) ergab normale Resultate. Unsere Untersuchungen bleiben also nach dieser Richtung hin ergebnislos.

Auch die Histologie ist nicht geeignet, uns weiter zu bringen. Soweit ich sehe, findet sich in der Literatur nur eine Mitteilung über mikroskopische Befunde bei der Erythrozyanosis. Sie stammt von Juster und Delater[3]).

Die beiden Autoren konstatieren bei ihren Fällen eine, wie sie es nennen, „progressive Insuffizienz der kleinen und kleinsten Hautvenen". Im einzelnen fanden sie weder lemozytäre nodöse Infiltrate noch einen sarkoidartigen Bau des Gewebes, obwohl bis tief in das Unterhautfettgewebe hinein exzidiert worden war. Im Papillarkörper und um die Follikel herum Vermehrung und Erweiterung der kleinen Venen; im Unterhautfettgewebe breite Spalten, welche mit den aus den erweiterten und strotzend gefüllten Venen ausgetretenen Blutkörperchen vollgestopft sind (Kunstprodukte bei der Exzision?). Das perifollikuläre Gewebe und die groben Balken des Koriums sind auseinandergedrängt durch ein hyperplastisches junges Bindegewebe, welches eine Art Zellgewebsreaktion auf das aus den erweiterten Kapillaren stammende Transsudat darstellt.

Im ganzen bringt uns demnach der histologische Befund nur eine Bestätigung dessen, was wir bereits klinisch sehen: venöse Stase ohne erhebliche Entzündungserscheinungen.

Angesichts dieser negativen Ergebnisse unserer eigenen Untersuchungen und der uns so wenig befriedigenden Erklärungsversuche der Literatur liegt ja natürlich die Frage nahe, welchen Standpunkt wir selbst der Erythrozyanosis gegenüber einnehmen. Und da möchte ich es doch am wahrscheinlichsten halten, daß es sich hier um eine Entwicklungsstörung handelt, um eine angeborene Minderwertigkeit des Zirkulationssystems, die gerade — bei den dazu disponierten Personen — an diesen am meisten abhängigen Stellen des Körpers klinisch in Erscheinung tritt. Dafür scheint meines Erachtens der Umstand zu sprechen, daß drei von unseren Patientinnen mit aller Bestimmtheit angeben, daß sie das Leiden schon so lange haben, wie sie denken können — bei einer vierten besteht es seit 10 Jahren —, und daß es sich durch viele Jahre hindurch fast gar nicht verändert habe. Auch der Umstand scheint für meine Vermutung zu sprechen, daß die eine unserer Kranken außer der Erythrozyanosis noch eine ebenfalls als kongenital anzusprechende sklerodermieartige Faszienverdickung beider Handteller aufzuweisen hat. Daß bei der fünften Patientin das Leiden erst im späten Alter auftritt bzw. — vorsichtiger ausgedrückt — erst dann klinisch zur Erscheinung kam,

---

[1]) Bull. de la soc. franç. de derm., 1921, S. 67. — [2]) Für die Ausführung der Grundumsatzbestimmungen bin ich Herrn Dr. Grawitz, Krankenhaus Westend, zu Dank verpflichtet. — [3]) Bull. de la soc. franç. de derm., Nov. 1926, S. 618.

Digitized by Google

spricht nicht gegen diese Auffassung. Denn auch bei den Naevi kennen wir erst im späteren Lebensalter zur Kognition gelangende „tardive" Formen.

Zusammenfassung

Die Erythrocyanosis cutis symmetrica sive Erythrocyanosis crurum puellaris ist eine wohlcharakterisierte, auf Entwicklungsstörungen basierende Hautaffektion an den distalen Enden der Unterschenkel junger Mädchen und Frauen. Sie hat ätiologisch weder mit Frost noch mit Tuberkulose, noch mit Veränderungen oder Vorgängen der sexuellen Sphäre etwas zu tun, kann aber — im Sinne eines Locus minoris resistentiae — der Entwicklung von Erythema-Bazin-Knoten bzw. von Frostschäden wegen der Minderwertigkeit ihrer Zirkulationsverhältnisse leicht Raum geben.

Aus dem Bakteriologischen Kabinett der Universität Tartu-Dorpat
(Direktor: Prof. K. Schlossmann)

Über die Ätiologie und Behandlung des Ekzems

Von

Dr. P. Hansen

In der vorliegenden Arbeit versuche ich die Aufmerksamkeit darauf zu leiten, daß die Veränderungen der Blutreaktionen in manchen Fällen in der Form des Ekzems erscheinen, wobei zuerst das Steigen des Aziditätsgrades eine hervorragende Rolle spielt. Die Untersuchungen von Fischer u. a. beweisen, daß die Entzündungsprozesse ätiologisch oft mit dem Steigen der Azidität des Gewebes verbunden sind. Ein Beweis des Vorhergesagten ist die Tatsache, daß man bei der Behandlung der Entzündungsprozesse gute Resultate durch die Säuren neutralisierender Mittel erzielen kann.

Schlossmann beschrieb 1921 3 Fälle von nässendem Gesichts- und Halsekzem, welche lange erfolglos mit Salben und Umschlägen von $^1/_6$ %iger Arg.-nitr.-Lösung behandelt wurden. Den Kranken wurde eine und dieselbe Behandlung verordnet: tägliche Spülung des Rektums mit einer Lösung von 10,0 Natr. bicarbon., 14,0 Natr. chlor., 1000,0 Aq. destill., ferner innerlich dreimal täglich 0,5 Natr. citric. und Umschläge von $^1/_6$ %iger Arg.-nitr.-Lösung. Hierdurch wurde völlige Heilung in 2 Wochen erzielt. Auch F. Lepp hat dieselbe Methode mit gutem Erfolg bei 3 Ekzemkranken angewandt.

Diese Fälle lassen uns voraussetzen, daß bei der Entstehung des Ekzems, insbesondere des nässenden, eine wichtige Rolle das Steigen des Aziditätsgrades des Blutes spielt, denn sonst würde die überraschende Wirkung der Alkalientherapie nicht zu erklären sein.

Auch bei anderen Hautkrankheiten kommt erhöhte Azidität des Blutes vor. So macht Sabouraud schon 1902 darauf aufmerksam, daß Seborrhoe und Akne von erhöhter Azidität begleitet werden. Später arbeiteten an dieser Frage Barber und Semon, Doble, Whitfield, Allbutt so-

Digitized by Google

wie Ehrmann und Urbach. Erstere bewiesen, daß der seborrhoische Status gewöhnlich mit erhöhter Azidität verbunden ist. Whitfield und Allbutt untersuchten in vielen Fällen die Azidität des Urins und fanden, daß derselbe bei Akne schwach sauer ist. Whitfield gebrauchte dazu Lakmus. Einige Autoren sprechen von der titrierten Azidität, andere aber von dem Ph.-Wert. Es fehlte Einheit und deswegen auch die Möglichkeit, die angeführten Tatsachen zu vergleichen. Eingehender arbeitete an der Lösung dieser Frage Doble und wandte bei der Feststellung des Alkaleszenzgrades des Urins die genaueste Methode an: die Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration im Urin. Er fand, nachdem er viele Gesunde untersucht hatte, daß der normale Wasserstoffexponent (Ph.) im Urin zwischen 6,4—6,8 schwankt. Zuweilen kann man beim Untersuchen keine Krankheiten äußerlich wahrnehmen, doch ist die Azidität hoch, ebenso wie bei äußerlich gesunden Menschen manchmal stark positive WR zu finden ist. Nach der Meinung Dobles kann die Hyperazidität auch als ein Symptom mancher uns unbekannter Krankheit vorkommen, auch sogar als Ursache, und früher oder später können Krankheitssymptome in einem oder anderem Organ erscheinen, welche dann in den veränderten Verhältnissen nicht mehr normal arbeiten können. Nach ihm ist die Hyperazidität bald vererbt, bald erworben. In diesem Falle kann der Gebrauch der Alkalien die Azidität vermindern und die Krankheit heilen, nach Beendigung des Gebrauches der Alkalien steigt aber der Ph.-Wert von neuem. Doble untersuchte bei 500 Hautkranken, die an Seborrhoe, Eczema seborrhoicum und Akne litten, die Wasserstoffionenkonzentration im Urin und fand, daß sie alle erhöhte Azidität — Ph. 4.8 bis 5,8 zeigten.

Wir untersuchten die Wasserstoffexponentenveränderungen im Urin bei 7 Kranken parallel mit den Einspritzungen des Eigenblutes. Von den Kranken litten 5 an Eczema chronicum madidans, einer an Eczema chronic. squamosum und einer an Pruritus hiemalis. Bei allen untersuchten wir vor Beginn der Behandlung wie auch während derselben beständig den Wasserstoffexponenten im Urin. Dieser wurde nach der Michaelis-Indikatormethode festgestellt, die genügend genaue Resultate gestattet. Die Untersuchungen des Urins auf Ph. wurden einmal wöchentlich vollzogen, und benutzt wurde in jedem Fall der dazu in 24 Stunden gesammelte, zur Hälfte verdünnte Urin. Die Einspritzungen des Eigenblutes als Heilmittel wurden auch einmal wöchentlich nach der Methode Ravaut vorgenommen.

Als erster unternahm Ravaut bei Behandlung der Hautkrankheiten Einspritzungen mit Eigenblut. Er wandte diese Methode mit gutem Erfolge bei verschiedenen Hautkrankheiten, Urtikaria, Prurigo, Ekzem, Dermatitis herpetiformis und Herpes gestationis an. Besonders gute Resultate erhielt Spillmann bei Herpes zoster und Furunkulose. Brocq, wiewohl er diese Methode empfiehlt, ist der Meinung, daß die erfolgreichen Resultate, welche z. B. beim Pruritus nach den ersten 2—3 Einspritzungen hervortreten, nicht immer bleibend sind. Die Methode ist folgende: durch die Venenpunktion wird 5—15 ccm Blut in eine Spritze eingesogen und sofort nach dem Wechsel der Nadel in die Glutäen eingespritzt. Die Einspritzung geschieht einmal wöchentlich.

Digitized by Google

Fall 1. Bäcker A. M., 27 Jahre, seit 10 Jahren Eczema chronicum manuum. Nach der Behandlung verschwinden die Krankheitserscheinungen, kehren aber nach 3 Monaten wieder.

23. XI. 1926. Handrücken gerötet, stark juckend und nässend, ebenso mehrere Finger affiziert. Ph. — 5,8.

24. XI. Intraglutäal 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,9.

1. XII. Jucken verringert. Intraglutäal 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,8.

8. XII. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,0.

15. XII. Kein Jucken mehr. Handrücken bis auf eine kleine Stelle geheilt. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,2.

Fall 2. Sattler J. K., 28 Jahre, seit 3 Jahren Eczema madidans manuum et cruris dextr.

16. XII. 1925. Ph. — 5,4.

5. I. 1926. Auf dem Rücken beider Hände, auf dem 2. und 3. Finger der rechten Hand und auf dem 1. Finger der linken Hand begrenzte Ekzemherde, teils gerötet und nässend, teils mit Bläschen und Krusten bedeckt. Auf dem rechten Unterschenkel ein geröteter, nässender, mit Krusten bedeckter Ekzemherd. Intraglutäal 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,6.

20. I. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,8.

27. I. Jucken viel schwächer. Krankheitsherde fangen an zu trocknen. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,9.

4. II. Nässen stärker geworden. Unterschenkel beinahe gesund, juckt noch. Der laterale Teil des Rückens der linken Hand infiltriert und schuppt. Auf die infiltrierte Stelle Liq. carbon. deterg. 3,0, Resorzin 1,0, Past. zinci 20,0. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,8.

2. II. Das Jucken hat nachgelassen. Unterschenkel völlig gesund. Krankheitsherde auf den Händen wieder trocken. Infiltration des linken Handrückens etwas zurückgegangen. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,9.

18. II. Krankheitsherde trocken, noch etwas gerötet und schuppen. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,9.

20. II. Pat. völlig geheilt. Ph. — 6,0.

Fall 3. Metallarbeiter E. W., 31 Jahre, seit 7 Jahren Eczema madidans et crustosum manuum.

2. XII. 1925. Ph. — 6,1.

4. XII. Handteller infiltriert und schuppend. Rücken beider Hände und Finger gerötet und nässend, stellenweise Bläschen. Starkes Jucken, Nägel bedeutend verdickt. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,0.

10. XII. Äußerlich keine Veränderungen im Krankheitsbilde zu merken. Jucken geringer. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,3.

17. XII. Nässen weniger geworden. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,2.

28. XII. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,4.

4. I. 1926. Jucken und Nässen stärker. Ph. — 6,4.

19. I. Jucken verschwunden, Krankheitsherde trocken, Handteller noch infiltriert. Liq. carbon. deterg. 3,0, Pasta zinci 20,0. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,8.

1. II. Heilung, Nägel aber im alten Zustande. Ph. — 6,9.

Fall 4. Arrestant A. P., 30 Jahre, Eczema madidans manuum.

5. III. 1926. Auf Rücken beider Handrücken rötliche, mit Bläschen und Krusten bedeckte Flecken, stellenweise Nässen. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,4.

12. III. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,6.

19. III. Weniger Jucken, Bläschen verschwunden. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,9.

26. III. Das Nässen hat nachgelassen. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,0.

2. IV. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,2.

9. IV. Krankheitsherde noch mit Schuppen bedeckt und gerötet. Resorcini + Ung. zinci. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,4.

16. IV. Ekzem geheilt. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,6.

Fall 5. Kaufmannsfrau J. R., 34 Jahre, Eczema madidans et crustosum faciei et colli acutum.

4. III. 1926. Rechte Seite des Halses, rechte Wange und Kinn gerötet, jucken stark, nässend, teilweise mit Krusten bedeckt. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,3.

6. III. Krankheit etwas verschlimmert. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,6.

Digitized by Google

9. III. Jucken hat ein wenig nachgelassen, ebenso das Nässen. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,3.
15. III. Krankheitserscheinungen auf Gesicht und Hals trocken geworden. Jucken fast ganz verschwunden. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,8.
17. III. Gesichtsekzem ein wenig verschlimmert. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,5.
31. III. Auf dem Halse sind noch kleine juckende Papeln. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,6.
2. IV. Krankheitserscheinungen verschwunden. Ph. — 6,5.
15. IV. Von neuem kleine juckende Papeln auf Gesicht und Hals erschienen. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,2.
20. IV. Gesichtshaut näßt etwas. 1%ige Resorzinumschläge. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,3.
22. IV. Gesichtshaut trocken. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,4.
28. IV. Heilung. Ph. — 6,6.

Fall 6. Handarbeiterin A. K., 27 Jahre, Eczema hyperkeratot. et rhagadiform. palm. manuum.
8. II. 1926. Haut der Handteller bedeutend dicker, mit schmerzhaften Rhagaden versehen. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,0.
15. II. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,9.
1. III. 10%iges Salizylvaselin. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,2.
8. III. Haut ein wenig dünner. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,4.
14. III. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,5.

Fall 7. Kanzleibeamter J., 38 Jahre, Pruritus hiemalis.
18. II. 1926. Jucken der Haut, insbesondere der Oberschenkel, daselbst Kratzeffekte. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,5.
6. III. Jucken verringert. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,0.
15. III. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 5,9.
22. III. Jucken beinahe verschwunden. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,4.
29. III. 5 ccm Eigenblut. Ph. — 6,4.
5. IV. Das Jucken vollständig verschwunden. Ph. — 6,5.

In allen unseren Krankheitsgeschichten befindet sich der Wasserstoffexponent im Urin unter normal und schwankt zwischen 5,3—6,1. Im normalen Urin schwankt er, wie die Untersuchungen Dobles u. a. zeigen, zwischen 6,4—6,8. Also ist bei den Ekzemfällen die Azidität des Urins sowie die des Blutes bedeutend größer. So können wir denn das Ekzem, insbesondere das nässende Ekzem, als eine Krankheit, die durch die Hyperazidität hervorgerufen ist, betrachten. Dasselbe beweisen auch die Untersuchungen von Schlossmann, Doble u. a.

Ferner zeigen uns die Krankheitsgeschichten, daß der Wasserstoffexponent im Urin nach den Eigenbluteinspritzungen steigt. Folglich wird die Blutreaktion nach den Eigenblutinjektionen immer mehr alkalisch und erreicht zuletzt die normale Alkaleszenz (1—7). Sogar in dem Falle (6), wo die Eigenbluteinspritzungen auf den Krankheitsprozeß keinen Einfluß ausgeübt haben, stieg Ph. Wie zu sehen, erreichen wir durch die Eigenbluteinspritzungen dieselbe Wirkung wie durch den Gebrauch von Alkalien.

Durch die Eigenbluteinspritzungen wurden 5 nässende Ekzemfälle zwar langsam und mit zeitweiliger Verschlimmerung (2, 3, 5), aber doch völlig geheilt (1—5). Es scheint, daß bei den nässenden chronischen Ekzemfällen (1—4) die Autohämotherapie rascher und sicherer wirkt als bei den akuten Fällen (5). Zuerst hörte das Jucken, gewöhnlich nach 3 bis 4 Einspritzungen, auf, und mit dem Rückgange desselben fingen auch die Krankheitsherde an zu trocknen, bis zuletzt nur schwach gerötete, schuppende Stellen verblieben, die teils selbst, teils nach dem Gebrauche

Digitized by Google

der Resorzin-Zinkpasta rasch die gesunde Hautfarbe zurückerhielten. In den Fällen, wo die Haut mehr infiltriert war, wurde Liq. carbon. deterg. mit Zinkpasta gebraucht. Bei einem sehr akuten Ekzemfalle (5) wurden 1%ige Resorzinumschläge angewandt.

Nur ein Fall von Eczema hyperkerat. wurde durch die Eigenbluteinspritzungen nicht beeinflußt, obwohl das Blut den normalen Alkalitätsgrad erreichte.

Auch ein Fall von Pruritus hiemalis (7) wurde durch die Eigenbluteinspritzungen völlig geheilt. Im allgemeinen kann man sagen (1—7), daß die Autohämotherapie gute Wirkungen auf das Jucken ausübt.

Alle Kranken vertrugen die Einspritzungen gut und hatten weder Schmerzen noch sonstiges Unbehagen.

Wie die therapeutische Wirkung zu erklären ist, kann mit Sicherheit nicht beantwortet werden. F. WIDAL, ABRAMI und BRISSAUD sind der Meinung, daß das eingespritzte Eigenblut ähnlich den nicht spezifisch desensibilisierenden Mitteln wirkt. Höchstwahrscheinlich hängt die therapeutische Wirkung des Eigenblutes von den eingespritzten Proteiden ab.

Literatur

1. K. SCHLOSSMANN, L'action des acides sur les colloïdes et son rôle dans la pathologie. Acta et Commentationes Universitatis Dorpatensis A I, 1921. — 2. W. OSTWALD, Grundriß der Kolloidchemie, 1911. — 3. M. FISCHER, Einführung in die Kolloidphysiologie, T. I, Ödem 1913. — 4. M. FISCHER, Nephrit., T. II, 1913. — 5. W. LUTZ, Über die Beziehungen zwischen Stoffwechsel und Hautkrankheiten. Schweiz. m. W., 1925. — 6. SABOURAUD, Séborrhée, Acnés, Calvitie, 1922. — 7. H. W. BARBER und H. C. SEMON, Journ. Roy. Amer. Med. Corps, 1919, Bd. 33, S. 244. — 8. C. ALLBUTT, Alkalis in Certain Diseases of the Skin. Lancet, 1925, S. 464. — 9. C. DOBLE, The Acidic Value of the Urine in Skin and Other Manifestations. Lancet, 1925, S. 272. — 10. A. WHITFIELD, The Acidic Value of the Urine in the Skin and Other Manifestations. Lancet, 1925, S. 361. — 11. R. BALINT, Untersuchungen über die Pathogenese des Ulcus ventriculi. — W. kl. W., 1926, Nr. 1. — 12. L. BROCQ, Cliniques dermatologiques, 1924. — 13. L. MICHAELIS, Manuel de techniques de physico-chimie, 1923.

Aus dem Werkskrankenhaus der Surinaamsche Bauxite Maatschappij in Moengo, Holl. Westindien, S. A.

Ausgebreitetes urtikarielles Exanthem nach gehäuften Yatren-105-Gaben[1])

Von

Dr. F. M. PETER

Die hervorragenden Eigenschaften des von MUEHLENS und MENK in die Therapie der Amöbenruhr eingeführten Yatren 105[2]) sind heute schon so bekannt, daß es überflüssig ist, über weitere Fälle, die gute Erfolge darstellen, zu berichten, außer es handelt sich um besondere Vorkommnisse. Ein solcher Zwischenfall sei im folgenden mitgeteilt.

---

[1]) Auf Wunsch der Schriftleitung wurde die Arbeit wesentlich gekürzt. — [2]) Wenn in dieser Arbeit von Yatren gesprochen wird, ist immer Yatren 105 gemeint.

Digitized by Google

Javane, 28 Jahre, kräftig, gute Allgemeinverfassung.

Anamnestisch: vor etwa 6 Monaten Ankylostoma duodenale, behandelt mit Tetrachlorkohlenstoff.

Patient meldet sich Donnerstag, den 14. X. in der Poliklinik mit allgemeinen Beschwerden im Abdomen, die aber nicht genau präzisiert werden können. Seit etwa 4 Wochen hat er manchmal Diarrhöen, dann aber wieder feste Stühle, hier und da auch krampfartige Schmerzen im Unterbauch, die sich beim Stuhlgang steigern. Doch schwinden alle diese Beschwerden in kurzer Zeit von selbst, weshalb er keinen Wert darauf legte. Seit einer Woche häufigeres Auftreten, daher sucht er den Arzt auf. Kein Fieber, Lunge o. B. Der Unterbauch scheint wohl empfindlicher als normal, doch ist weder die typische schlauchartige Kontraktion des untersten Darmabschnittes zu palpieren, noch zeigen die Flexura lienalis wie hepatica den bekannten Druckschmerz. Leber o. B.

Der zur Untersuchung abgegebene Stuhl ist makroskopisch als normal zu bezeichnen. Urin Albumen o. B.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Stuhles werden Eier des Ankylostomum duodenale, Zysten der Amoeba histolytica nachgewiesen.

Freitag, den 15. X. Patient fühlt sich besser, nachdem er tags zuvor ein salinisches Laxans (im Interesse der Stuhluntersuchung) erhalten hat und ersucht in ambulanter Behandlung bleiben zu dürfen. Patient erhält 24 Originalpillen Yatren 105 zu 0,25 g mit der Anweisung, 3mal täglich 4 der Pillen einzunehmen.

18. X. wird Patient morgens ins Hospital gebracht. Ausschlag am Körper mit „furchtbarem" Juckreiz. Er hat die ganze Nacht unter Kratzen und Scheuern verbracht, hat starke Kopfschmerzen, klagt über Schmerzen in der Lebergegend, fühlt sich im ganzen sehr matt und elend. Bei der Inspektion zeigt sich auf Brust und Bauch eine ausgebreitete Urtikaria, deren Quaddeln bis bohnengroß dicht aneinanderstehen und teilweise zusammenfließen. Die Effloreszenzen sind stark über das Hautniveau erhaben und gerötet; auch sonst lassen sich größere und kleinere Flecken ohne Quaddelbildung feststellen. Der Rücken ist leichter als die Vorderseite betroffen, und erreichen die Quaddeln hier nicht die Größe und Höhe wie auf der Bauchhaut. Extremitäten, wie Gesicht und Hals, sind vollkommen frei. Es endet die Quaddelbildung am Halsansatz, in der Axilla-Schultergegend und in der Inguinalfalte, man kann fast sagen mit scharfer Grenze. Ödeme der Augen fehlen ebenfalls völlig. Lebergegend auf Druck sehr empfindlich, Leberdämpfung scheint vergrößert, doch ist das Organ selbst nicht zu palpieren. Temperatur normal. Der Stuhl geformt, leicht grünlich verfärbt, ohne Schleim und Blut. Mikroskopisch Ankylostomeier, doch trotz eifrigen Suchens kein Anhaltspunkt für Amöben.

Im Urin Albumen negativ, Urobilinogen positiv, Sediment o. B.

Auf Befragen, wie Patient die ihm gegebenen Pillen eingenommen hat, ergibt sich, daß er in 20 Stunden 24 Pillen à 0.25, das ist 6 g Yatren 105 in 20 Stunden, zu sich nahm. An Nahrung hat er außer Wasser nur etwas Reis zu sich genommen.

Patient bekam auf diese Gewaltkur lediglich eine leichte Diarrhoe (6 Stühle), die aber bald einer Verstopfung wich, die bis heute anhält.

Am Abend desselben Tages werden verschiedene neue Quaddeln festgestellt. Der Juckreiz ist immer noch heftig. Die Rötung unverändert.

19. X. Brust und Bauch zeigen eine Verminderung der urtikariellen Erscheinungen, dagegen sind in der Kreuzbeingegend wie an beiden Oberschenkeln frische Eruptionen. Auch am Oberarm einzelne neue Quaddeln.

Im Urin Urobilinogen schwach positiv.

Nachmittags 3 Uhr produzierter Stuhl ist blutig schleimig; mikroskopisch neben Ankylostom eine ganze Anzahl einwandfreier Zysten der Amoeba histolytica.

Abends 8 Uhr wieder geformter brauner Stuhl ohne Blut und Schleim. Ankylostoma duodenale positiv, Amöbenzysten negativ.

Das Jucken hat nun ganz deutlich nachgelassen, die Effloreszenzen besonders auf Brust, Bauch und Rücken im Rückgang.

20. X. Das Exanthem auf Brust und Rücken fast verschwunden, demgemäß auch der Juckreiz. Es bestehen lediglich noch einzelne rote Flecke. An Oberarmen wie Oberschenkel kommen aber immer noch neue Quaddeln zum Durchbruch.

Abdomen weich, Druckschmerz weder an den für Amöbendysenterie typischen Punkten (oberhalb der Flexuren, Sigmoid usw.), noch auch in der Lebergegend.

Digitized by Google

Subjektiv: Wohlbefinden.

Im harten geformten Stuhl Ankylostom, doch auch nach Provokation (Sal. carol. fact.) keine Zysten.

Urin: Albumen negativ, Urobilinogen negativ.

Donnerstag, 21. X. 1926. Reste der Urtikaria in der Leistenbeuge, auf den Schultern und über dem Steißbein, doch ohne daß Patient subjektive Beschwerden davon hatte. Er fühlt sich vollkommen gesund.

Morgens Yatren 0,5 g in Pulverform, da gut vertragen abends dieselbe Dosis, also 1 g pro die.

Freitag, 22. X. 1926. Yatren anstandslos vertragen. Hauterscheinungen nun vollkommen abgeklungen.

Yatren 105 3mal 1 g pro die.

Sonnabend, 23. X. 1926. Auch auf diese Dosis keine Beschwerden. Es wird nun die gebräuchliche Yatrenkur mit 3 g pro die fortgesetzt, und wie die stete Kontrolle zeigte, auch ohne alle Beschwerden vertragen.

25. XI. 1926. Amöben konnten während und auch nach durchgeführter Kur trotz verschiedener Provokationen nicht mehr nachgewiesen werden.

Zur Prüfung einer eventuellen Jodüberempfindlichkeit erhält Patient eine einmalige große Gabe Jodkali. Da ohne Reaktion, am 27. XI. nochmals zwei größere Jodkaligaben. Auch diese ohne Reaktion.

Wir haben also einen ganz typischen Fall chronischer Amöbendysenterie (Amoeba histolytica) vor uns, der durch Ankylostoma duodenale kompliziert ist.

Bei ambulanter Behandlung mit Yatren 105 in Originaltabletten à 0,25 nimmt Patient in 20 Stunden 6 g Yatren ein, indem er bei jedesmaligem Gebrauch 1 g Yatren schluckt. Er reagiert auf diese forcierte Kur zunächst lediglich mit Diarrhöen (6 Stühle), die aber schon in kurzer Zeit einer Obstipation weichen. Etwa 30 Stunden nach der letzten Yatrendosis und 50 Stunden nach Beginn der Kur beginnt sich ein stark juckendes urtikarielles Exanthem auszubilden, das nach wenigen Stunden den ganzen Rumpf bedeckt hat. Gesicht, Hals und Extremitäten bleiben völlig frei. Von seiten des Digestionstraktus ist außer dem bekannten mikroskopischen Befund nur Obstipation zu konstatieren. Die Leber scheint vergrößert, ist sehr druckempfindlich, im Urin Urobilinogen stark positiv. An Allgemeinerscheinungen sind starke Kopfschmerzen, große Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Schwächegefühl hervorzuheben.

Unter einer symptomatischen Therapie, deren Einfluß wohl nicht hoch in Anschlag zu bringen ist, klingen die beschriebenen Erscheinungen in 5 Tagen zur Norm ab. In den ersten Krankheitstagen hatten sich die Hauterscheinungen auch auf die proximalen Teile der Extremitäten ausgedehnt, doch waren diese Quaddeln vom Beginn an ohne wesentlichen Juckreiz.

Endlich konnte eine nach Abklingen der akuten Erscheinungen mit kleinen Dosen (1 g pro die) begonnene Yatrenkur mit der gebräuchlichen Dosis von 3 g pro die ohne Zwischenfall fortgesetzt und beendet werden.

Faßt man all die Symptome zusammen, so wird man nicht fehlgehen, wenn man die Erkrankung als eine akute toxische Erscheinung mit Beteiligung der Leber auffaßt, die letzten Endes auf den Gebrauch des Medikamentes zurückzuführen ist. Sie ist vom Magen-Darmkanal aus erfolgt, wofür die Art der Medikation, wie vielleicht auch die Lokalisation der Hauterscheinungen spricht.

Digitized by Google

Für eine kausale Verknüpfung der komplizierenden Ankylostomkrankheit mit den uns interessierenden Erscheinungen ergaben sich keine Anhaltspunkte.

Betrachten wir nun das in Frage stehende Medikament:

Natürlich wurde bei Auftreten des Krankeitsbildes zunächst an einen idiosynkrasischen Vorgang gedacht, doch hat uns die kurz nach dem Abklingen der toxischen Erscheinungen vorgenommene Probe wie auch die anschließend daran durchgeführte Yatrenkur gezeigt, daß davon nicht die Rede sein konnte.

Als weitere Möglichkeit kommt die Tatsache in Frage, daß in 20 Stunden 6 g Yatren eingenommen wurden, eine Menge also, die der doppelten allgemeingebräuchlichen Dosis von 3 g pro die entspricht.

Die Maximaldosis für Yatren 105 wird von Ruge im Handbuch der Tropenkrankheiten mit 9 g pro die, im Lehrbuch „Krankheiten der warmen Länder" von Ruge, Muehlens, zur Verl sogar mit 12 g pro die angegeben. Nach der einen Berechnung hätte der Patient $^2/_3$ der Maximaldosis, nach der anderen die Hälfte, wohl nicht in 24, doch in 20 Stunden in seinen Körper aufgenommen. Als Überdosierung im gewöhnlichen Sinne kann man das wohl nicht bezeichnen.

Vielleicht könnte man auch an eine Konstitutionsanomalie oder krankhafte Disposition denken und diese für das schlechte Vertragen in diesem Fall verantwortlich machen wollen, doch konnten Anzeichen dafür in keiner Weise festgestellt werden.

Das zweite Argument, das sich gegen die Annahme einer wahrscheinlichen Vergiftung anführen läßt, ist die Zeitspanne, die von der Einnahme des Medikamentes bis zum Auftreten der ersten Erscheinungen verstrichen ist. Der Patient gibt an: 30 Stunden nach der letzten Dosis Yatren, also 50 Stunden nach Beginn der Kur. Dazu ist wohl zu sagen, daß diese Angaben nicht als genau zu betrachten sind, da anzunehmen ist, daß die ersten Quaddeln wohl einige Stunden früher aufgetreten sein werden, ohne daß der an sich nicht sehr empfindliche Javane es bemerkt hat oder dem Wert beimaß, denn Juckreiz ist ja nichts Ungewöhnliches. Immerhin differiert aber auch diese Zeitspanne dann noch wesentlich mit der Angabe Ruges[1]), daß Yatren 105 6 Stunden nach der Einnahme den Körper bereits wieder verlassen hat. Mit Mellos Bericht, daß er noch 24 Stunden nach der letzten Gabe Yatren im Urin nachweisen konnte, ließe sich unsere Beobachtung wohl in Einklang bringen. Leider wurde in unserem Falle die Eisenchloridprobe in Ermangelung des Reagens verabsäumt.

Schließlich sei noch auf eine weitere Tatsache verwiesen. Die bei diesem Patienten verwendeten Yatrenpillen waren etwa 6 Monate vor ihrer Verwendung von Europa verschifft worden und wurde, nachdem sie ungefähr $1^1/_2$—2 Monate hier in den Tropen lagerten, bemerkt, daß in einigen der Fläschchen (Originalpackung) die Pillen aneinanderzukleben begannen. Es wäre nun immerhin möglich, daß auch eine chemische Veränderung der Pillen stattgefunden hat. Dies ist jedoch nicht sehr wahrscheinlich, da vor und nach unserem Patienten eine ganze Reihe

[1]) Handbuch der Tropenkrankheiten, Bd. 4, S. 245.

Digitized by Google

Personen, die im Hospital unter steter Kontrolle mit denselben Pillen behandelt worden sind, keine Nebenerscheinungen irgend welcher Art erkennen lassen.

Trotzdem erscheint es mir angezeigt, für die Tropen von den Pillen abzuraten und nur das Yatren 105 (Behringwerke) in Pulverform zu empfehlen.

Fassen wir kurz zusammen, so scheinen die nach einer forcierten Yatren-105-Kur (6 g pro 20 Stunden) aufgetretenen Intoxikationserscheinungen, bestehend in urtikariellem Exanthem, Leberschwellung, positivem Urobilinogenbefund sowie verschiedenen Allgemeinerscheinungen, mit dieser Medikation in ursächlichem Zusammenhang zu stehen. Ohne eine endgültige Entscheidung treffen zu wollen, stellt sich eine für diesen Patienten stattgehabte (relative) Überdosierung als die wahrscheinlichste Ursache dar, eine mögliche chemische Veränderung der ein halbes Jahr gelagerten Pillen wäre in Betracht zu ziehen. Um die erste Möglichkeit gelten zu lassen, ist man gezwungen, eine größere Variationsbreite der verträglichen Maximaldosis anzunehmen, als das bisher üblich war, die zweite legt es nahe, im warmen Klima das Yatren nur in Pulverform zu lagern.

Die Behandlung der Orientbeule mit Diathermie

Von

Dr. HOULOUSSI BEHDJET

Chef der dermatologischen Abteilung am Hospital Gouraba in Konstantinopel

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. ERNST LEVIN in Berlin)

In der in der „Dermatologischen Wochenschrift" (1923, Bd. 76, H. 20) veröffentlichten Arbeit über vier in Konstantinopel in den Jahren 1920—1922 beobachtete Fälle von Orientbeule und die daran gemachten Erfahrungen hatte ich die große Hoffnung zum Ausdruck gebracht, die ich auf die Diathermiebehandlung setzte. In den Jahren 1922—1925 sind 9 weitere Fälle teils in das Krankenhaus, teils in meine Privatklinik gekommen.

Von den Kranken, die meine Hilfe nachsuchten, stammten zwei aus Cesarea, einer aus Alep, zwei aus der Umgebung von Adana; die anderen kamen aus Diarbekir, Mossul, Harpout und einer sogar aus Trebizonde. Dieser letztere behauptete, vor einem Jahre 14 Tage lang in Erzerum gewesen zu sein und sich sonst nirgends anders aufgehalten zu haben; es handelte sich bei ihm jedoch unzweifelhaft um Orientbeule.

In den nach GIEMSA und ROMANOWSKY gefärbten Präparaten fanden sich in mono- und polynukleären Leukozyten Parasiten in einer Zeit von 12—15 und besonders in den Makrophagen bis zu 20. Sowohl die Trophonuklei wie die Zentrosomen zeigten eine violette Farbe und waren klar und deutlich.

Bei dem Kranken Bekir Essad, Schuldiener von Beruf, 20 Jahre alt, hatte die an der Nase befindliche Eruption ganz das Aussehen eines Lupus vulgaris; bei der Betrachtung aus 1½ m Entfernung ließ das Aussehen der Erscheinungen an dem tuberkulösen Charakter der Erkrankung zweifeln. Andere Läsionen am Daumen und der Endphalange des Ringfingers glichen einem Gummi mit unregelmäßiger Begrenzung, infiltriert, erythematös. Die am Rande sich findende Kruste haftete sehr fest. Die bläuliche und bräunliche Färbung zog die Aufmerksamkeit auf sich. Nur am freien Rande der Nase linksseitig fand sich eine schmutzige Kruste von dunkelbrauner Farbe.

Digitized by Google

Nachdem aus den von der Hand und der Nase entnommenen Präparaten mit Giemsa -und Romanowskyfärbung die charakteristischen Parasiten festgestellt worden waren, konnte an der Diagnose kein Zweifel mehr bestehen. Bei den anderen Kranken waren die klinischen Erscheinungen derartige, daß eine Verwechslung mit anderen Krankheiten ausgeschlossen war.

Worauf es mir hauptsächlich ankommt, ist, einen Vergleich zwischen der Behandlung mit Diathermie und der mit Kohlensäureschnee anzustellen; zu diesem Zwecke habe ich einen Teil der Kranken mit letzterem behandelt und mich bei einem anderen der Diathermie mit Kaltkauter bedient.

Angesichts der offenbaren und sicheren, von den beiden Methoden gegebenen Beweise ist die Diathermie vorzuziehen. Ich bin zu der Überzeugung gekommen, daß sie für die Orientbeule eine ideale Behandlung ist; diese Überzeugung wird noch durch die Beobachtungen verstärkt, die ich in den verschiedenen Kliniken gesammelt habe, in denen die Methode gleichfalls angewendet wird. In den 4 Fällen, die ich von 1920—1922 beobachtete, hatte ich anästhesierende Einspritzungen bei der Anwendung der Diathermie vermieden, um die Gewebe nicht zu verändern oder zu schädigen. Bei unseren aus Cesarea stammenden Kranken wandte ich, trotz des mit Ödem verbundenen erythematösen Aussehens einer zweifrankstückgroßen Läsion an der Außenfläche des rechten Unterarmes die Diathermie nach vorhergehender Anästhesierung mit 4%iger Alypinlösung an.

Ohne daß mehrfache Sitzungen erforderlich gewesen wären, war die Plaque in ihrer ganzen Fläche bis in die Tiefe nach dem einen Male vollkommen verkohlt. Nachdem ich bemerkt hatte, daß sich durch Druck Serum und Eiter nicht mehr aus den Öffnungen entfernen ließ, setzte ich die Behandlung aus. Eine 14 Tage später vorgenommene Untersuchung zeigte eine Lockerung der verkohlten Kruste, so daß sie mit einer Pinzette hätte entfernt werden können; nachdem sie 2 Tage in diesem Zustande geblieben war, fiel sie von selbst ab. Die Oberfläche war von dünner, rosafarbener Haut bedeckt.

Sodann wandte ich Kohlensäureschnee bei einer Kranken an, die nach diesem Falle zu mir gekommen war. Es war ein aus Adana stammendes junges Mädchen von 13 Jahren, das gleichartige Eruptionen an der Kniescheibe und der zweiten Zehe hatte. Während der Applikation war der Schmerz viel stärker als der durch die Diathermieelektroden hervorgerufene. Ich faßte ihr Schreien als Ausdruck ihrer Empfindlichkeit und ihre Schmerzen als Folge des ausgeübten Druckes auf.

Der dritte Kranke war ein Lastträger von 40 Jahren, der über dem rechten Schulterblatt eine Orientbeule fast vom Umfange eines Fünffrankstückes, reichlich tief und von gummösem Aussehen hatte. Ich versuchte den Erfolg einer Kohlensäureschneebehandlung festzustellen. Bei dem Mädchen hatte ich sie 30 Sekunden lang einwirken lassen, bei dem Lastträger übte ich sie 45 Sekunden lang mit starkem Druck auf die tiefen Teile aus. Am folgenden Tage waren die Ränder der Plaque entzündet und ödematös. Der Kranke hatte während der Behandlung keine Empfindungen, aber eine Stunde nach der Sitzung begann er über zunehmendes Brennen zu klagen. Das Ödem und der entzündliche Zustand, der sich an den Rändern der Beule zeigte, ebenso wie die an einzelnen Stellen zu beobachtende Absonderung, waren bei der Behandlung mit dem Kaltkauter der Diathermie nicht bemerkt worden.

Die Klagen und Schmerzen des Kindes während der Behandlung konnte man wohl durch Furcht erklären. Übrigens verursacht der Kohlensäureschnee, den wir regelmäßig bei Lupus erythematosus anwenden, im Anfang keine wesentlichen Schmerzen; er macht jedoch den Kranken während einiger Tage nach der Behandlung Unbequemlichkeiten. Aus diesem Grunde hielt ich es nicht für notwendig, in den Fällen der Verwendung von Kohlensäureschnee ebenso wie bei dem Diathermiekaltkauter Novokain oder Alypin einzuspritzen.

Bei den Kranken, die ich 14 bis 25 Tage nach der Kohlensäureschneebehandlung nachuntersuchte, konnte ich stets eine dünne Epidermisnarbe feststellen. Aber unter der Epidermis entging dem Auge das latente Fortleben der Krankheitskeime nicht. Diese Tatsache, d. h. ein Rezidiv, zeigte sich nach einiger Zeit auf unbestreitbare Weise. Andererseits war bei den Kranken, bei denen ich den Kaltkauter angewendet hatte, nicht nur kein Rezidiv zu bemerken, sondern es wurde vielmehr das Aussehen der Narben immer heller und weißer und gab ein fast normales Bild. Allerdings darf dies nicht verallgemeinert werden. Besonders bei den Braunen macht sich die Narbe durch ihre Farbe bemerkbar, und man kann nicht sagen, daß sie

Digitized by Google

unsichtbar ist. Aber die Diathermienarben unterscheiden sich vom ästhetischen Standpunkt aus sehr von den anderen. Es werden daher in dem Maße, wie die Diathermie sich ausbreitet, die beschriebenen Diathermiebehandlungen ohne jeden Zweifel allen anderen vorgezogen werden. Ich zweifle jedenfalls keinen Augenblick daran, daß bei der Kohlensäureschneebehandlung Rückfälle zuweilen möglich sind, während man sie bei der Diathermie niemals antrifft.

In einer verhältnismäßig sehr kurzen Zeit, in annäherungsweise 20 Tagen, können die größten und ausgebreitetsten Fälle von Orientbeule mit Diathermie zum Schwinden gebracht werden. Etwas tiefe Einspritzungen von 4%iger Alypinlösung von 4 Punkten der Oberfläche aus genügen. Wenn die Schmerzen geschwunden sind, kann allmählich die Dauer wie die Stärke des Funkens gesteigert werden. Sobald die Oberfläche der Plaque vollkommen verkohlt ist und die Absonderung und Eiterung aufhört, ist das Zeichen zum Einstellen der Behandlung gegeben. Während bei der Kohlensäureschneebehandlung die Schmerzen während der Behandlung heftiger werden und von empfindlichen Personen schwer zu ertragen sind, während die Kranken häufig nicht aufhören zu klagen, während in dem Falle einer tiefgehenden Erkrankung ein latentes Weiterbestehen zu bemerken ist, kann man bei der Diathermie, wenn einmal durch irgend ein Anästhetikum der Schmerz ausgeschaltet ist, nach Belieben arbeiten. Wenn bei Frauen oder Kindern oberflächliche und wenig ausgebreitete Erscheinungen vorliegen, ist das Geräusch des Diathermiefunkens, das Furcht erregt, ohne große Bedeutung. Die Schnelligkeit der Narbenbildung und ihr schönes Aussehen lassen sie allen anderen Eingriffen vorziehen. Diathermieapparate sind in einer großen Zahl von Krankenhäusern vorhanden. Ich hoffe, daß meine verehrten Kollegen sie bei allen Fällen von Leishmaniosis, die ihnen vorkommen, ohne Zaudern anwenden werden. Für eine örtliche Krankheit bedarf man weder des Tartarus stibiatus, noch des Salvarsans, noch des Wismuts, deren Wirksamkeit übrigens nicht einmal sicher ist.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Russkii Westnik Dermatologii

1927, Bd. 5, Nr. 2

80 Fälle von Lichen ruber planus, von A. Jordan. In Moskau macht sich seit den letzten Jahren eine Zunahme der Fälle von Lichen ruber planus bemerkbar. Am häufigsten wurde die Krankheit bei Personen im Alter von 20—55 Jahren beobachtet, wobei sie sich in der Regel auf den Extremitäten, nächstdem auf dem Rumpf lokalisierte. Die Schleimhaut des Mundes erwies sich in 17%, diejenige der äußeren Geschlechtsorgane in 22% betroffen. Meist schienen Störungen des Nervensystems, gelegentlich Traumen als ätiologisches Moment zu gelten. Obgleich 10% aller Lichenkranken einmal Syphilis gehabt hatten, spielt diese nach Verf. eine nebensächliche Rolle. Kombination des Lichen ruber planus mit anderen Dermatosen war selten. Therapeutisch sind Ruhe und Wechsel der Umgebung von großer Bedeutung. Arsenik und Hg bijodatum wirken günstig, letzteres besonders bei Personen, welche Syphilis gehabt hatten. Röntgenstrahlen und Lumbalpunktion versagten. Besser mildern warme Bäder und die Unnasche Salbe den Juckreiz.

Achromia cutis postparasitaria, von Kistjakowski. Verf. fand in den Fällen von Leukoderma bei Pityriasis versicolor nach Anwendung von Sonnenbädern zu Anfang Myzelien und Sporen von Microsporon furfur; später gediehen mittels Kultur aus dem Abschabsel von den depigmentierten Partien das Penicillium glaucum und Cladosporium sp.

Zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Krankheit, von Hinze. Beschreibung eines einschlägigen Falles bei einem 21jähr. Studenten mit Lokalisation in beiden Achselhöhlen und auf den Brustwarzen.

Digitized by Google

Zum Nachweis von Spirochäten in einigen Vegetationen am After bei einem Fall von Pemphigus vegetans, von Chaletzkaja. Die Spirochäten ähnelten der Sp. pallida.

Vergleichende Wertbestimmung der Flockungsreaktionen bei Syphilis, von Nedumow. Es fand sich eine Übereinstimmung mit der WR bei der SGR in 80%, der MDR in 80%, der Bruck-R. in 85%, der Kahn-R. in 75% und der Dold-R. in 28%.

Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Thalliumazetats bei Pilzkrankheiten, von Kleinmann. Thalliumazetat ist ein vorzügliches Epilationsmittel bei den Haarpilzerkrankungen und die einzig mögliche Methode der Behandlung im frühen Kindesalter, wo die Röntgenbestrahlung aus bekannten Gründen kontraindiziert ist. In einer Fußnote bemerkt der verantwortliche Redakteur der Zeitschrift W. Iwanow, daß die Beobachtungszeit noch eine zu kurze ist, um heute schon das Thallium als geeignet zu weitgehender Anwendung ansehen zu können.

Zur Frage der Behandlung der Salvarsandermatitis mit Röntgenstrahlen, von L. Ginsburg. Günstiger Erfolg in 2 Fällen.

Ein Fall von akutem Ekzem bei Syringomyelie, geheilt durch Röntgentiefentherapie, von Salganik und Czerny. Die Aufschrift besagt alles.

Ein Fall von Lichen ruber acuminatus acutus, von A. Dombrowski. 4½jähr. Knabe.

Zur Klinik und Pathogenese der familiären symmetrischen Keratodermien der Handflächen und Fußsohlen, von Sutejew. In 3 Fällen von familiärer Keratodermie fanden sich Hinweise auf Dysfunktion der Schild- und Geschlechtsdrüsen.

Über syphilitische Spondylitis, von Glaubersohn. Gummöse Spondylitis bei einem 43jähr. Manne, welcher vor 25 Jahren Syphilis akquiriert hatte.

Ein Fall von Keratosis blennorrhagica, von Bulkin. Der vierte derartige in Rußland beobachtete Fall.

A. Jordan-Moskau.

Dermatologische Zeitschrift

1927, Bd. 49, H. 6

Pseudophytogene und phytogene Berufs- und Gewerbedermatosen, von K. Touton-Wiesbaden. S. 385. Zu den pseudophytogenen Berufs- und Gewerbedermatosen gehören 1. das sogenannte „mal de canne de Provence", an welchem Arbeiter, die das Schilfrohr schälen, erkranken. Die Erreger sind Rostpilze (Ustilagineen). 2. Ausschläge bei Arbeitern, durch gewöhnliches Eichenholz verursacht. Die Erreger sind ebenfalls Ustilagineen bzw. deren Sporen. Ferner Ausschläge bei Heubindern, Sesselflechtern und Korbmachern, für die gewisse Pilze, wie Mucor mucedo, Aspergillus glaucus u. a., ätiologisch verantwortlich sind. 3. Interdigitale Reizausschläge bei Obsthandwerkern (Moniliosis). Erreger: eine Art Hefe. 4. Juckende Hautausschläge bei Holzarbeitern, Bauarbeitern. Erreger meist haarige Raupen oder deren Kokons. 5. Erkrankungen juckender Art bei landwirtschaftlichen Arbeitern, Gärtnern, Dockarbeitern, Sackträgern beim Verladen von Baumwollsamen, Getreide, Saaterbsen usw., hervorgerufen durch Milben verschiedenster Art. 6. Erkrankungen, hervorgerufen durch rein mechanische Faktoren, wie sie bei Juteverarbeitung, bei Flachsarbeitern und Reisarbeitern beobachtet werden. 7. Bei der Verarbeitung von Pflanzen zu technischen Zwecken werden diese häufig für den Ausbruch der Erkrankung verantwortlich gemacht, während in Wirklichkeit Chemikalien die Ursache sind. Die phytogenen Berufs- und Gewerbedermatosen befallen Gärtner, Blumenhändler, Landwirte, Botaniker, Pflanzensammler, -sortierer, -verkäufer, Holzarbeiter, Polierer, Lackierer, Obstarbeiter, Gemüsekonservenarbeiter, Arbeiter in Drogenappreturen und -fabriken. Bei den Arbeitern in chemischen Fabriken fordert die Herstellung der Alkaloide die meisten Opfer. Bei Musikern ruft Kolophonium Dermatitiden und Follikulitiden hervor, das rote ostindische Ebenholz Ekzeme der Lippen. Bei Seilern werden Erythrodermien mit Rhagaden und Verdickungen beobachtet, durch Kannabin oder Harz hervorgerufen. Bei Forstleuten und Jägern tritt eine Hautentzündung durch Berühren der Fruchthaare einer Art wilden Weines auf. Die Kenntnis der Reizstoffe selbst steht noch in den ersten Anfängen.

Beitrag zur Kenntnis der Balanitis erosiva circinata, von H. Freund, Univ.-Hautkl. Berlin. S. 406. Am häufigsten ließ sich die Balanitisspirochäte (Treponema kalligyrum) nachweisen, daneben die Refringensspirochäte, seltener Treponema minutum und Spirochaeta celerrima, bei wechselnder Menge fusiformer Stäbchen und vibrioförmiger Mikroorganismen. Sämtliche genannten Bakterien lassen sich auch im normalen Smegma

Digitized by Google

nachweisen. Der mikroskopische Befund bei einer Balanitis clitoridis entsprach vollkommen dem bei Männern erhobenen. Die B. e. c. ist nicht auf venerische Infektion zurückzuführen. Wahrscheinlich begünstigen die durch Koitus oder andere Ursachen bedingten Epithelverletzungen ein Überwuchern der bereits vorhandenen Spirochäten- und Stäbchenflora und führen so durch Autoinfektion zur B. e. c.

Untersuchungen über die Hämoglobinresistenz. II. Mitteilung: Die Hämoglobinresistenz bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von G. Brann und H. Bischoff, Univ.-Hautkl. Rostock. S. 417. Nur bei Hautkrankheiten, die mit Blasenbildung einhergehen, wie Pemphigus, Verbrennung zweiten Grades, Salvarsan- und Kunstdüngerdermatitis wurde eine beträchtliche Erhöhung der Hämoglobinresistenz beobachtet. Alle anderen Dermatosen und Tripper ließen die Hgb-R unbeeinflußt. Bei Lues im ersten Stadium erreichte die Hgb-R bisweilen das Doppelte der Norm und fiel dann während der Kur zur Norm ab. Im floriden Sekundärstadium waren Hgb-R-Erhöhungen noch relativ häufig, im relativen Latenzstadium sehr selten; bei Lues III, Metalues und Lues congenita war die Hgb-R normal.

Über die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Salvarsaninjektionen bei Nichtsyphilitikern und die praktischen Fragen der provokatorischen Salvarsaninjektionen (nach Gennerich und Milian) bei klinisch und serologisch latenter Syphilis, von H. Martin, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 425. Es gelang in keinem Falle, bei nichtsyphilitischen Versuchspersonen durch Salvarsaninjektion einen positiven Ausfall der Seroreaktion herbeizuführen, soweit die Untersuchung der Sera in inaktivem Zustand vorgenommen wurde. Bei der serologischen Prüfung aktiver Sera war das Ergebnis der WR in 3 Fällen positiv bei Serumproben, die sofort im Anschluß an die Injektion entnommen wurden. Demnach müssen die bei einwandfreier Technik der Blutentnahme und bei Untersuchung der Seren in inaktivem Zustand im Anschluß an eine Salvarsaninjektion auftretenden positiven Ausschläge der WR als spezifische Manifestationen luetischer Herkunft angesehen werden. Die Provokation soll ein Jahr nach der letzten Behandlung vorgenommen werden, und zwar mit 0,3 Neo- oder Natriumsalvarsan. Die meisten positiven Reaktionen stellten sich am ersten Tage nach der Injektion ein. Positive Provokationsergebnisse wurden hauptsächlich bei schlecht vorbehandelten Fällen beobachtet, aber auch negative Ergebnisse kamen in gleicher Weise bei schlecht und gut behandelten Fällen vor. Von 20 Fällen, die nach positiver Provokation behandelt wurden, blieben 8 trotz schwerer Kuren positiv. Klinische Erscheinungen traten nicht auf. In 7 Fällen, die nach der Provokation unbehandelt blieben, bildete sich die positive WR spontan zurück; ein 8. Fall blieb positiv und zeigte ein halbes Jahr später ein Rezidivexanthem.

Lues III in Kombination mit Röntgenschädigung, von M. Schubert, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkht. Marburg a. L. S. 433. Die 43jähr. Pat. wurde 1921 auf Grund der irrtümlich gestellten Diagnose Carcinoma cervicis mit Radium- und Röntgentiefenbestrahlung behandelt und vorübergehend geheilt. November 1925 bildete sich in dem Röntgenbestrahlungsfeld in der rechten Unterleibsgegend ein Geschwür, das jeder Therapie trotzte. Juli 1926 Aufnahme in die Hautklinik. Befund: handtellergroßes, viereckig bis ovales Geschwür in der rechten Inguinalgegend, dessen Grund schmierig-eitrig belegt ist. Am linken Unterschenkel in der Mitte des Schienbeins ein talergroßes, schmierig-eitriges Ulkus mit unterminierten, schlaffen, bräunlich verfärbten Rändern. WR ++++. Rasche Heilung beider Ulzera durch Schmierkur und Neosalvarsan. F. Harry-Wiesbaden.

Archiv für Dermatologie und Syphilis

1926, Bd. 152, H. 2

Zur Frage der zirkumskripten bindegewebigen Hautveränderungen, von O. Sachs, II. Hautabt. d. Kaiser-Franz-Josef-Ambulatoriums Wien. S. 273—282. Zu den umschriebenen Sklerodermien gehört die Morphaea guttata (M. g. follicularis), die auch den Namen White spot disease führt. Ihre linsengroßen weißen Flecke und Knötchen finden sich in dem mitgeteilten Falle auch auf der Schleimhaut. Bei perifollikulärer Gruppierung, die an Narben nach Akne erinnert, ohne hiermit im Zusammenhange zu stehen, enthalten die Follikel häufig Hornpfröpfe. Eine fleckförmige Sklerodermie ist auch der Lichen albus Zumbusch. Zwischen der zirkumskripten und genuinen (kartenblattähnlichen, diffusen und keloidförmigen) Sklerodermie gibt es klinisch keine

Digitized by Google

Unterschiede. Die weiße Farbe und die brettharte Konsistenz haben sie gemeinsam. Nur histologisch besteht ein Unterschied. Bei der fleckförmigen fehlen Elastin und Blutgefäße, bei der genuinen Sklerodermie sind selbst in fortgeschrittenen Fällen die elastischen Fasern erhalten. Zur umschriebenen Form gehören auch die Bindegewebsnaevi, von denen zwei neue Fälle mitgeteilt werden; charakteristisch ist bei ihnen ein Vorkommen seit frühester Jugend und die Einlagerung von glatten Muskeln in das hyperplastische und homogenisierte Kollagen. Die Bezeichnung Weißfleckenkrankheit ist nur ein Sammelname, denn die weiße Farbe ist allen diesen Veränderungen gemeinsam und beruht auf der Veränderung des Kollagens.

Die willkürliche Erzeugung der Primelüberempfindlichkeit beim Menschen und ihre Bedeutung für das Idiosynkrasieproblem, von Br. Bloch und Steiner-Wourlisch, Hautkl. Zürich. S. 283—303. Bei normalen und nachgewiesenermaßen nicht primelüberempfindlichen Individuen meist mittleren Lebensalters wurde mit verschiedenen Präparaten, die aus der frischen Pflanze durch Extraktion oder Destillation gewonnen waren, kutane Impfungen vorgenommen, und zwar in der Weise, daß entweder die intakte oder die durch Abreiben mit Glaspapier ihrer obersten Schichten beraubte Haut mit den Präparaten eingerieben wurde. Bei der Verwendung des schwächeren Destillatantigens reagierten etwa 40% (10 von 24), bei den stärkeren und stärksten Extraktantigenen 100% (12 von 12 Versuchspersonen). Die entzündliche Reaktion an der Impfstelle trat nach der 1., 2. oder seltener nach der 3. Impfung und ausnahmsweise auch noch später, die allgemeine Sensibilisation bald nach der positiven Reaktion am Impfherde ein, unter Umständen auch ohne eine solche. Der Zeitpunkt des Auftretens sowie die Intensität der Reaktion hängen von der Wirksamkeit, d. h. wahrscheinlich vom Antigengehalte des verwendeten Präparates ab. Das stärkste Präparat erzeugt an der Impfstelle, meist schon bei der ersten Applikation, eine bullöse Entzündung und auch rasch eine allgemeine Sensibilisation. Ist diese einmal eingetreten, so bleibt sie dauernd erhalten (Beobachtung bis zu 1½ Jahr). Sie deckt sich in ihren klinischen und histologischen Eigenschaften sowie in der Art ihrer Auslösbarkeit vollkommen mit der spontanen Primelidiosynkrasie (Primelekzem), d. h. durch das Experiment wird jeder Normale zum Primelidiosynkrasiker. Der qualitative Unterschied, der zwischen dem Normalen und dem Idiosynkrasiker zu bestehen scheint, wird dadurch in einen bloß quantitativen übergeführt. Die Anschauung, daß die Primelidiosynkrasie nicht etwas absolut Alleinstehendes bedeutet, sondern daß sie eine Teilerscheinung der allgemeinen Abwehrreaktionen des Körpers gegen fremde Stoffe, wie die Anaphylaxie und die Allergie, darstellt, wird durch die Möglichkeit der beliebig experimentell, unter Ausschaltung des persönlichen Faktors (individuelle Disposition), erzeugbaren Idiosynkrasie prinzipiell bestätigt. Die klinische und bis zu einem gewissen Grade auch theoretisch geltende Unterscheidung der verschiedenen Idiosynkrasieformen bleibt hierdurch unberührt. Denn Toxikodermien und Ekzem unterscheiden sich durch ihr klinisches Bild, durch ihre besondere gewebliche Lokalisation, welche die Reaktion wählt, durch Vorkommen oder Fehlen von freien Antikörpern und durch die Möglichkeit oder Unmöglichkeit der passiven Übertragung. Auch der klinische Begriff der Idiosynkrasie, der aus den sehr großen quantitativen Unterschieden in der Sensibilisierungsmöglichkeit bei den einzelnen Individuen herzuleiten ist, bleibt bestehen.

Untersuchungen über den Energiestoffwechsel bei Hautkranken. I. Die Bestimmung des respiratorischen Gaswechsels als klinische Untersuchungsmethode in der Dermatologie, von E. Urbach, Israel. Spital Wien. S. 304—328. Der Grundumsatz (GU.) ist das Minimum der Verbrennungsvorgänge im Körper bei absoluter Ruhelage im nüchternen Zustande. Beeinflußt wird der GU. hauptsächlich von den Inkretdrüsen und den großen Stoffwechselzentren im Zwischenhirn. Das wichtigste Organ zur Beförderung des GU. ist die Schilddrüse; in geringerem Maße sind Hypophyse, Nebennieren und Geschlechtsdrüsen beteiligt. Aus einer Erhöhung oder Erniedrigung des GU. läßt sich auf eine Störung der Inkretdrüsen und des vegetativen Nervensystems schließen, manchmal erst im Zusammenhang mit Änderungen der spezifisch-dynamischen Nahrungsmittelwirkung (s.-d. NW.). Diese ist der gesteigerte Sauerstoffverbrauch bzw. die erhöhte Wärmeproduktion nach Nahrungszufuhr. Unabhängig vom Kalorienwert der zugeführten Nahrung ist sie das Phänomen einer spezifischen Reizwirkung auf Körperzellen. Sie kommt durch die individuelle differente Reaktionsfähigkeit des Menschen auf Reize wahrscheinlich bestimmter Aminosäuren zustande. Der GU. wird vom Organismus auf möglichst konstanter Höhe gehalten, und ein normaler Wert schließt noch keine Störung im endokrinen System aus. Ein erhöhter GU.

Digitized by Google

kann einmal eine erhöhte Tätigkeit der Thyreoidea oder des Sympathikus an sich sein oder andererseits eine solche infolge Ausfalls hemmender Keimdrüsentätigkeit oder schließlich eine sekundär erhöhte, vikariierende Funktion der Hypophyse bei erniedrigter Arbeit der Keimdrüsen. Ein erniedrigter GU. weist auf eine primäre Unterfunktion der Schilddrüse oder auf eine primäre Insuffizienz der Keimrdüsen oder auf beides hin. Eine Unterfunktion der Keimdrüsen bei leicht erniedrigtem oder normalem GU. ist dann wahrscheinlich, wenn gleichzeitig eine erhöhte s.-d. NW. als Folge einer sekundären Überfunktion der Hypophyse besteht. Eine Steigerung der s.-d. NW. (über 40%) bedeutet Überfunktion der Hypophyse oder erhöhte Erregbarkeit des Sympathikus, andererseits Fehlen oder Erniedrigung derselben das Gegenteil. Die Frage, ob die aus diesen kalorischen Veränderungen zu erschließenden inkretorischen oder nervösen Störungen die Ursache einer gleichzeitig bestehenden Hautkrankheit bilden oder ob sie korrelativ, d. h. durch dieselbe Noxe, die der Dermatose zugrunde liegt, bedingt sind, ist vorläufig nicht mit Sicherheit zu beantworten. Es fand sich, daß bei Hyperidrose, und zwar bei allgemeiner, der GU. häufig, aber geringgradig erhöht war, seltener bei lokaler. Hier ist an funktionelle Sympathikusreizung oder Hyperthyreose zu denken. In einzelnen Fällen bestand im Gegenteil eine Erniedrigung, wohl als Folge einer Dys- und Unterfunktion der Ovarien. Seborrhoe ohne und mit Defluvium zeigen normale Verhältnisse. Dagegen Acne vulgaris in 33% der Fälle einen erhöhten, in 17% einen erniedrigten GU.; hierbei sind Funktionsstörungen der Schild- und Keimdrüse anzunehmen. Das chronische Ekzem verhält sich verschieden; ein Teil weist Störungen des Gaswechsels auf, die auf Rechnung der Schilddrüse gesetzt werden. Von den Psoriasiskranken zeigte ein erheblicher Teil eine Erhöhung des GU., aber sie bedeutet offenbar nur ein koordiniertes Symptom, da weder Röntgen noch Hormontherapie die Erkrankung beeinflussen. Bei Akroasphyxie und Pernionen wurde in 50% der Fälle entweder Erhöhung oder Erniedrigung des GU. beobachtet. In einigen Fällen war auch die s.-d. NW. innerhalb der Untersuchungszeit stark herabgesetzt. Bei Rosazea wurden höchst selten Abweichungen gefunden. Bei 6 Fällen von diffuser Sklerodermie war der GU. zweimal vermindert, einmal erhöht und in 2 anderen die s.-d. NW. stark herabgesetzt (Beteiligung des endokrino-sympathischen Systems). In Fällen von Pruritus cutaneus im Klimakterium war der GU. bei 40% der Kranken erhöht (vermehrte Schilddrüsenfunktion infolge Wegfalls der hemmenden Ovarialfunktion, die therapeutisch korrigiert werden konnte). Manchmal war die s.-d. NW. stark herabgesetzt. Zweimal war der Pruritus durch eine primäre Hyperfunktion der Thyreoidea bedingt. Bei Ichthyosis teils Erhöhung des GU., teils Herabsetzung der s.-d. NW.; bei Acrodermatitis atrophicans normale Verhältnisse, desgleichen bei Alopecia areata, allerdings im Gegensatz zu anderen Autoren.

Über kongenitale Lymphangiome, von M. Wortberg, Hautkl. Krkh. Dortmund. S. 329—336. Mitteilung von 4 Fällen, bei welchen teils eine mehr knotige, teils mehr ödematöse Form bestand. Die Lokalisation war streng einseitig. In 2 Fällen handelte es sich um eine obere Extremität, einmal auch mit Beteiligung von Schulter und Brust, in einem anderen Falle um die untere Extremität in ihrer Gesamtheit, während die gleichseitige obere Extremität schwächer ergriffen war. Schließlich war bei einem Pat. die eine Gesichtshälfte befallen. Zwei ähnliche Fälle dieser Art werden erwähnt; bei einem von ihnen bestand auch eine einseitige Schwellung der Zunge. Die bläulichen, weichen, gegen Haut und Unterlage verschieblichen Schwellungen treten bei Kälte und abhängiger Lagerung stärker hervor, zeigen auf Fingerdruck keine oder nur oberflächliche Dellenbildung. Die Veränderung ist häufig bereits nach der Geburt sofort sichtbar oder in wenigen Monaten später und erreicht ihre dann bleibende Entwicklung im 3.—5. Lebensjahre. Auslösende Ursache unbekannt wie die anderer kongenitaler Fehlbildungen (Naevi). Therapie erfolglos (Exstirpationen, Kauter, Alkoholinjektionen, Radium).

Über einen Fall von Sklerodermie und Hautverkalkung, von J. Pernet, Hautkl. Zürich. S. 337—343. Eine 70jähr. Pat. zeigt an Kopf und Hals Sklerodermie und in ihrem Gebiete ausgedehnte Kalkplatten, die innerhalb der Kutis liegen. Zahllose Teleangiektasien im Gesicht und auf der Mundschleimhaut: Arthritis deformans, rheumatoide Beschwerden in der Anamnese. Thyreoidea nicht palpabel, Haarausfall seit 20 Jahren. Im Gegensatz zu den häufiger beschriebenen subkutanen sind die in der Kutis gelegenen Kalkplatten im Gebiete von Sklerodermieherden erst einmal von E. Hoffmann erwähnt. Bezüglich der Pathogenese wird eine Beobachtung von F. Schultze herangezogen, derzufolge der Kalk durch die Lymphbahn forttransportiert wird, und zwar von atrophischen, destruktiven und entzündlichen Knochenveränderungen, und daß seine Ablagerungen

Digitized by Google

erfolgen im Mündungsgebiet von Saftbahnen in die Lymphdrüsen. Dementsprechend wird berichtet, daß sich die Kalkplatten erst in letzter Zeit entwickelten, obwohl die Sklerodermie schon jahrelang bestand (Atrophie des Kraniums), und daß sich die Kalkplatten nicht im ganzen Sklerodermiegebiete fanden, sondern nur im Zuge der Lymphbahn vor den Ohr- und Nackendrüsen. Die Bestimmung des Blutzuckers und des Basalstoffwechsels ergab ein negatives Resultat für eine Beteiligung des endokrinen Systems.

Über pathologisch-anatomische Veränderungen bei experimentellen Toxizitätsversuchen mit Spirozid (Stovarsol) und Treparsol, von O. Heitzmann. S. 344 bis 352. Zwei Versuchstiere wurden mit einer tödlichen und andere mit einer therapeutischen Dosis Spirozid behandelt. Die Wirkung war ein Blutzerfall, der in allen 5 Fällen zu Hämosiderinablagerung in Milz und Leber führte. In den Nieren kommt es zu Epithelnekrosen, an die sich Verkalkungen anschließen können. Bei ausheilenden Fällen von Spirozidvergiftung bleiben die Hämosiderinablagerungen in Milz und Leber sowie die Kalkkonkremente der Niere noch lange erhalten, ehe sie gänzlich verschwinden. Nach der Spirozidfütterung magern die Tiere stark ab und verlieren hierbei fast ein Zehntel ihres Gewichtes. Als Folge der Vergiftung ist ferner an den inneren Organen und an der Muskulatur Fettreaktion zu beobachten. Das Tréparsol (Formylderivat) wirkt in ähnlicher Weise wie das Spirozid (Azetylat der arsenigen Säure). Bemerkenswert ist die Beobachtung, daß die Empfindlichkeit der Versuchstiere gegen das Tréparsol sehr verschieden ist. Es kommt vor, daß ein Tier trotz der doppelten Dosis erst nach dreifach längerer Zeit verendet als ein anderes. Auch die Gewichtsabnahmen entsprechen nicht der Höhe der Giftmengen. Beim Spirozid erfolgt die Ausscheidung anscheinend rasch. Demgegenüber ist die Ausscheidung des in den Organen gespeicherten Tréparsols langsamer und erfolgt in Schüben.

Behandlung des Lupus erythematodes mit Ionthophorese, von E. Sladkowitsch, Lupusheilst. Moskau. S. 353—357. Verwendet wurde eine 1—5%ige wäßrige Lösung von Chin. bimur., Anode und ein anfangs 2—3 mA starker Strom, der nach und nach auf 5—10 mA gesteigert wurde. Die Sitzungen wurden anfangs zu 3—5 Min., später auf 10—15 Min. verlängert und nach 1—2 Tagen wiederholt. Von 20 Fällen heilten 5, von den übrigen 12 gebessert, 3 entzogen sich der Behandlung. 2 Fälle von Acne rosacea wurden ebenfalls günstig beeinflußt. Eine Ionthophoresebehandlung mit Krysolgan blieb erfolglos.

Die Bedeutung der gewöhnlichen Schimmelpilze für die menschliche Haut, von U. Niethe, Hygien. Inst. Landsberg a. d. W. S. 358—362. Die Bedeutung der Schimmelpilze liegt darin, daß sie alle Hautkrankheiten und besonders alle ulzerösen Prozesse komplizieren können. Von chronischen Dermatosen, die therapeutisch schwer oder gänzlich unzugänglich sind, lassen sich gewöhnlich Schimmelpilze züchten. Das Tierexperiment spricht für eine Apathogenität der Pilze, hat aber nur untergeordnete Bedeutung, denn die Schimmelpilze wirken schädigend durch ihre Stoffwechselprodukte, die von der durch andere Ursachen krankhaft veränderten Haut resorbiert werden. Voraussetzung ist eine besondere Empfänglichkeit wie bei lymphatischen und chronischen Ekzematikern. Man findet gewisse Merkmale, wie Mandelhypertrophie, Drüsenschwellungen, oft pastöser Habitus, Neurasthenie, allgemeine Krankheitsneigung. Durch Einspritzungen eines aus dem betreffenden Pilz hergestellten Impfstoffes lassen sich die Heilungschancen der Dermatosen erheblich bessern und auf diese Weise die Therapie erfolgversprechender gestalten.

Zosteriformes Xanthom, von C. Kreibich, Deutsche Hautkl. Prag. S. 365 bis 371. Bei einem 22jähr. Luetiker, der mit Neosalvarsan und Schmierkur behandelt worden war, besteht seit mehreren Monaten ein schwerer Ikterus. Außerdem findet sich Hypercholesterinämie und Xanthoma planum und papulatum am Olekranon, am Knie, um Bart und Lanugohaare, ferner in typisch zosteriformer Anlage, halbseitig im 6.—9. Dermatom. Nicht bloß die makroskopischen Veränderungen, sondern auch die übrige klinisch normal erscheinende Haut weisen histologisch xanthomatöse Veränderungen auf. Die Epidermis enthält reichlich Melanoblasten mit doppeltbrechendem, kristallinischem Lipoid; sie verhält sich somit so wie bei frischer beginnender Pigmentierung.

Beiträge zur klinischen Kenntnis der Lentigines, von H. W. Siemens, Hautkl. München. S. 372—380. Das Material umfaßte 364 Personen, eineiige und zweieiige Zwillingspaare, meist Schulkinder, aber auch noch jüngere und schon erwachsene. Es wurden 8500 Lentigines gezählt, so daß auf den einzelnen mindestens 30 Lentigines kommen. Zwei Drittel von ihnen sind erhaben. Zwischen beiden Geschlechtern besteht

Digitized by Google

kein Unterschied in der Häufigkeit. Bei den nichtschulpflichtigen Kindern ist die Zahl der Lentigines geringer als bei den älteren; denn ihre Entstehung erfolgt allmählich. Eine Zunahme ist bis zum 9. Lebensjahre zu beobachten; von da ab bis zum 16. ist dieselbe wesentlich geringer und vom 20. kaum mehr wesentlich. Die meisten Lentigines sitzen an den Armen und am Stamm, fast ebensoviel am Kopf, wesentlich weniger an Hals und Beinen. Im Gesicht sind sie besonders reichlich. Zwischen rechter und linker Körperhälfte gibt es keine Unterschiede.

Zur Biochemie der Hauttuberkulose. III. Über den Phenolase- und Diastasegehalt der tuberkulösen Haut (Lupus vulg., Tbc. verrucosa cutis), von N. Melczer, Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Budapest. S. 381—384. Die Untersuchung des Gewebes von Lupus und Tbc. cutis verr., das durch Ausschaben gewonnen wurde, ergab nahezu ebensoviel Diastase als die normale Haut, hingegen achtmal mehr Phenolase (Oxydase) als in der normalen Schenkelhaut. Da auch das Blutserum weniger als normalerweise enthält, so ist es möglich, daß das tuberkulöse Gewebe die Phenolase aufspeichert.

Einige Versuche über die Quellung der Froschhaut, von M. Memmesheimer, Physiol. Univ.-Inst. Cincinnati und Hautkl. Bonn. S. 385—397. Die Versuche ergeben, daß die Quellung der Froschhaut in den ersten 3 Stunden wie die anderer Eiweißkolloide nach bestimmten physikalisch-chemischen Gesetzen verläuft. Der Vorgang besteht aus der eigentlichen Quellung oder Hydration, der Peptisation mit Solbildung, der Hydrolyse und der Entquellung oder Dehydration. Infolge der Zusammensetzung der Haut aus verschiedenartig quellenden Bestandteilen ist dieser Vorgang nicht immer so leicht zu übersehen wie bei einfach gebauten Körpern. In destilliertem Wasser dauert die Quellung etwa eine Stunde. In dieser Zeit wird die Quellung durch Solbildung und Hydrolyse überwunden, und damit erfolgt der Abstieg. Säuren haben einen stärker quellenden Einfluß auf die Kutis, Alkalien einen solchen auf die Epidermis. Bemerkenswert ist, daß verdünnte Säuren stärker wirken können als konzentrierte, Alkalien intensiver und bereits in geringeren Konzentrationen. Starke Quellungseigenschaften haben auch Harnstoff und Äthylamin. Von den Kationen wirken quellungshemmend in absteigender Reihenfolge Ca, Mg, Na, K., von Anionen in gleicher Reihenfolge Zitrat, Tartrat, Phosphat, Nitrat, Jodid, Oxalat, Bromid, Chlorid. Jeder Körper übt einen ihm eigentümlichen Einfluß auf die Hautquellung aus. Bei allen Erkrankungen, die zu Flüssigkeitsansammlungen führen, spielen die Gewebskolloide eine wichtige Rolle.

Experimentelle Erzeugung von Bindegewebstumoren. Über das Alveolarsarkom der geteerten Ratte, von N. Melczer, Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Budapest. S. 398—403. Durch Steinkohlenteerung weißer Ratten gelang es in etwa 17% aller Fälle, maligne Bindegewebsgeschwülste hervorzurufen. Sie waren in jedem Falle spontan als auch artifiziell übertragbar und entsprachen in ihrem histologischen Bau einem Alveolarsarkom. Spindel-, rund- oder polymorphzellige Sarkome traten nicht auf. Die Metastasen, die bei einem Drittel der erkrankten Ratten auftraten, saßen in der Lunge. Bei der Transplantation verringerte sich die Virulenz in der 2.—3. Passage schließlich so weit, daß Spontanheilung der Tumoren eintrat. Birkenholzteer, der keine Tumoren erzeugt, wirkte in der Weise, daß sich bei nachfolgender Steinkohlenteerung nur bei 6,6% der Tiere ein Alveolarsarkom zeigte.

Über Keratoma dissipatum naeviforme palmare et plantare und Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare, von A. Brauer-Danzig. S. 404 bis 414. Beschreibung eines hyperkeratotischen Naevus, der teils in Strangform, teils flächenhaft große Teile des Kopfes, des Rumpfes und der Extremitäten mit Ausnahme des linken Beines bedeckt. Beziehungen zu einem Liniensystem fehlen. An Stellen stärkerer Intensität finden sich kompakte hyperkeratotische Plaques, an solchen geringerer Lichen pilaris oder an den Follikeln sitzende 2 mm lange filiforme Hornelemente. An der Unterseite von Hand und Fuß finden sich 2 mm große Dellen oder Hornpfröpfe, die bei größerer Ausbildung von einem Hornwall umgeben sind und durch Konfluenz mit benachbarten zu inselartigen Keratomen verschmelzen. Auch histologisch ergibt sich, daß an Händen und Füßen das Krankheitsbild des Keratoms besteht. In der Familie sind angeblich weitere Fälle nicht bekannt. Das Vorkommen als Ausdruck einer naevösen Bildung ist noch nicht beschrieben; schließlich wird die Stellung zu den hereditären Keratomen und die Berechtigung der Nomenklatur einer näheren Besprechung unterzogen.

Erythrodermia leucaemica, von E. Pick, Deutsche Hautkl. Prag. S. 415—419. Die Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie sind entweder unspezifische

Digitized by Google

(prurigoartige Affektionen) oder spezifische Infiltrate, entweder umschrieben (Tumoren) oder diffus (universelle Erythrodermie). Der 60jähr. Pat. ist ein typischer Fall. Die histologische Untersuchung ergibt, daß das Wesen der Hautveränderung in einer diffusen lymphatischen Infiltration des Papillarkörpers und des subepithelialen Anteils der Kutis besteht. Gegenüber einer hämatogenen wird eine lokale histiogene Entstehung angenommen. Denn die Hautveränderung bestand früher bereits zu einer Zeit, in der es noch kein leukämisches Blutbild gab. Die lymphatische Leukämie wäre vielleicht als eine Systemerkrankung zu betrachten, die Hauterscheinungen als eine Hyperplasie des von Ribbert angenommenen präformierten lymphatischen Apparates der Haut.

Über die Beziehungen zwischen Hautpigment und Bluttyrosin, von D. Steiger-Kazal, Hautkl. Budapest. S. 420—426. Die Arbeit bestätigt zunächst Beobachtungen von Jesionek und Rothmann, daß bei einer durch künstliche Belichtung hervorgerufenen Pigmentierung der Tyrosingehalt im Serum des betreffenden Individuums entsprechend der Lichteinwirkung abnimmt. Im Gegensatz zur künstlichen Pigmentation entsprechen den natürlichen Pigmentschattierungen der Menschen verschiedene Tyrosingrade. Sie sind niedriger bei hellerer Hautfarbe und höher bei brauner. Bei schwer abbrennenden Individuen finden sich im allgemeinen geringere, bei zu starker Pigmentierung neigenden Menschen höhere Tyrosinwerte. Helle Hautfarbe, schwache Pigmentierungsbereitschaft und niedriger Tyrosinspiegel im Blute, weiter dunkel pigmentierte Haut oder eine solche, die zu starker Pigmentierung neigt, und höhere Tyrosinwerte im Serum fallen im allgemeinen zusammen.

Beitrag zur Kenntnis der Dermatomykosen, von G. Falchi, Haut- u. Syphilis-Kl. Pavia. S. 427—461. Auf der normalen und pathologischen Haut leben in beschränkter Zahl Pilze als pathogen bedeutungslose Parasiten. Meist gehören sie zur Familie der Perisporiazeen, während — im Gegensatz zu anderen Autoren — die Zahl der Pilze vom Typ der Hefen und Pseudohefen sehr spärlich ist. Abgesehen von den granulomogummo-ulzerösen Formen (Gilchrist, Buschke-Busse usw.) lassen sich unterscheiden erstens oberflächliche diffuse Dermatosen, so Dermatitis erythematosa der Kinder, die Hautveränderungen nach Badewirkung, ferner solche vom intertriginösen Typ an den Kontaktflächen der Haut und in der Perigenitalgegend, dann Affektionen in den Interdigitalfalten vom Typ der Dermatitis subacuta und schließlich Affektionen der Nägel. Onychomykosen. Gewöhnlich beginnt die Eruption ohne Prodromalerscheinungen, ist ursprünglich erythematös, dann erfolgt oberflächliche Bläschenbildung. Nach Platzen der Bläschen entstehen erodierte Stellen, welche sich vergrößern, konfluieren und hierbei mehr oder weniger die Neigung zeigen zur Figuration. Es entsteht so charakteristischerweise immer an den Grenzen der Herde ein Rand von losgelöster, brüchiger, weißgelber, leicht zerreißbarer Epidermis. Am Nagel kommt es zu einer Veränderung der Farbe, zu leichten desquamativen Erscheinungen an der Oberfläche, manchmal zu schweren destruktiven Veränderungen am ganzen Gewebe und entzündlichen peri- und subungualen, begleitenden oder isolierten Vorgängen. Als Erreger kommen in Betracht Hyphomyzeten vom Typus Monilia, Oospora, Kryptokokkus. Beim Menschen kann man experimentelle Veränderungen hervorrufen, welche den pathologisch beobachteten fast identisch sind und aus denen man mit Regelmäßigkeit Rückkulturen gewinnen kann. Der Verlauf dieser künstlich hervorgerufenen Dermatosen ist kurz, 5—20 Tage, und endet mit spontaner Heilung. Die Überpflanzung und Entwicklung der Dermatosen wird durch lokale Bedingungen, Beruf, Hyperidrose, unzweckmäßiges Verhalten, ferner allgemeine Ernährungszustände, wie Kachexie, Oligämie und Krankheiten wie Diabetes, wesentlich beeinflußt. Zur Feststellung ätiologischer Beziehungen zwischen den Dermatosen und ihren Pilzen ist erforderlich: ein deutlicher Befund von Myzelien und hefeartigen Zellen an verschiedenen Stellen der Krankheitsherde, die Leichtigkeit der Kultur auch in Serien, die Überimpfbarkeit mit positivem Ausgang bei Mensch und Tier und möglichst der Nachweis immunisatorischer Eigenschaften.

Das Blutbild bei Lepra, von P. Bargehr, Pelantungan, Java. S. 462—464. Charakteristisch ist die geringe Anzahl der Monozyten, obgleich die Lepra eine chronische Krankheit ist und bei einer solchen Monozytose zu erwarten wäre. Das Blutbild ist ein recht brauchbares Hilfsmittel, um sich über den Verlauf der Krankheit zu orientieren. Denn die Linksverschiebung ist ein Gradmesser für die Ausbreitung und Toxizität der Erreger, während eine größere oder kleinere Lymphozytenzahl das stärkere oder geringere Widerstandsvermögen des Körpers anzeigt.

Klinische Beiträge zur Pathogenese der Hauttuberkulose. I. Der primäre Komplex an der Haut, von E. Bruusgaard, Oslo. S. 465—481. Die primäre tuberku-

Digitized by Google

lose Infektion der Haut und der angrenzenden Schleimhäute wurde bei 7 Kindern beobachtet. Die Infektion erfolgt an verschiedenen Stellen, so z. B. am Genitale, an den Extremitäten, im Gesicht. In einem Falle wird auch eine Verletzung angegeben. Die Primärläsion kann eine kleine, oberflächliche, einfache Wunde ohne irgend ein charakteristisches Kennzeichen darstellen und in verhältnismäßig kurzer Zeit unter Hinterlassung einer ganz leichten Narbe verheilen. Zuweilen finden sich in den Narben und in ihrer Umgebung mehr oder weniger deutliche Infiltrate. Andererseits gibt es Geschwüre mit unebener Wundfläche bis zu deutlichen Granulationen, mit erhabenen Wundrändern, die manchmal unterminiert sind, und mit einem Grunde, der im Gegensatz zum miliaren tuberkulösen Geschwür deutlich infiltriert ist. Schließlich finden sich auch gleichmäßig glatte, erosionsähnliche Primärläsionen, die auf einem festen, fast knorpelharten Infiltrate sitzen. Beim Sitze am Genitale und bei gleichzeitiger Komplikation mit Ödem entsteht eine weitgehende Ähnlichkeit mit einem luetischen Primäraffekt. Der primären tuberkulösen Affektion der Haut folgt eine lokale Drüsenschwellung, die ganz unabhängig von Aussehen und Größe des primären Geschwüres immer stark ausgesprochen ist. Im Anfang sind die Drüsen frei beweglich, von fester Konsistenz; sie bieten da große Ähnlichkeit mit der lokalen luetischen Adenitis. Nur selten halten sie sich lange in diesem Stadium, in der Regel verkleben sie bald miteinander und mit der Haut; es kommt zur Erweichung mit Perforation, während sich in den tieferen Schichten eine ausgesprochene Perilymphadenitis mit starker Bindegewebsverdickung bildet. Der tuberkulöse Primärkomplex (Infektionsgeschwür und regionäre Drüsenschwellung) entwickelt sich nur bei noch tuberkulosefreiem Organismus.

Klinische Beiträge zur Pathogenese der Hauttuberkulose. II. Übersicht über die Bedeutung der Stadieneinteilung für unsere Ansicht von den verschiedenen Formen der Hauttuberkulose, von E. Bruusgaard, Oslo. S. 482—504. Die primärtuberkulöse Infektion geht viel häufiger von der Lunge und dem Intestinaltraktus aus als von der Haut und den angrenzenden Schleimhäuten. Die Mehrzahl der Hauttuberkulosen entsteht sekundär, hämatogen oder per contiguitatem. Auch die Autoinokulationen, Superinfektionen und echten Reinfektionen sind selten und dabei schwer nachzuweisen. Mit dem primären Komplex kann die Tuberkuloseinfektion abschließen, aber auch auf Lymph- und Blutwegen weiterschreiten. Dann kommt es am häufigsten neben Knochen- und Augenerkrankungen zu solchen der Haut. Die Exantheme des Sekundärstadiums sind hauptsächlich skrophulöse Gummen, multipler Lupus disseminatus, multiple verruköse, papulonekrotische Tuberkulide, Lichen scrophulosorum. Verlaufen solche Fälle akut, so ist das Ende oft eine Miliartuberkulose oder eine Meningitis. Trotzdem ist die Prognose durchaus nicht immer ungünstig, selbst wirkliche Heilung ist nicht selten. Schließt sich das sekundäre Stadium erst nach längerer Latenzzeit dem Primärkomplex an, dann ist der Verlauf chronischer, entweder so, daß das erste Exanthem längeren Bestand zeigt, oder daß erst nach wiederholtem Aufflackern der Rückgang erfolgt. Das erst nach Monaten und Jahren erfolgende Aufflackern wird oft durch ein Anschwellen der Lymphdrüsen, vor allem an Hals und Axilla, angezeigt, so bei papulonekrotischen Tuberkuliden und Erythema induratum. Die Bazillenaussaat erfolgt von den Drüsen oder von einem wiedererwachten Primärkomplex. Ein Kennzeichen des Sekundärstadiums ist die starke Tuberkulinüberempfindlichkeit. Pirquet und besonders die Moro-Reaktion ist ganz ausgesprochen stark. Bei der subkutanen Injektion sieht man eine Stichreaktion mit starker erysipelatöser Rötung und Schwellung. Auch Fieberreaktionen und Aufflackern von Exanthemen kann sich einstellen. Als tertiär kann der Lupus vulgaris gelten. Jedenfalls gibt es Fälle, die dem klinischen Bilde nach zu diesem Stadium gerechnet werden können: ältere Pat. mit gutem Allgemeinzustand und mit einem einzelnen Lupusfelde, frei von aktiver Tuberkulose. Hierbei entwickelt sich der Lupus nicht selten auf den Resten von Exanthemen des Sekundär- bzw. Generalisationsstadiums. Andererseits kann Lupus als isolierte Organtuberkulose entstehen bei Pat., die über das Generalisationsstadium nicht hinausgelangen. Damit hängt wohl zum Teil zusammen, daß Tuberkulinreaktionen bei Lupus höchst verschiedene Resultate ergeben. Häufig ist der Lupus mit einer Lungentuberkulose verbunden, welche die Prognose gewöhnlich sehr verschlechtert. Lupus ist niemals Typ des Primärkomplexes; er ist vielmehr der Ausdruck für eine allergische Reaktion des schon infizierten Organismus. Er entsteht häufiger metastatisch, seltener durch exogene Superinfektion.

Verruca senilis und Keratoma senile, von W. Freudenthal, Hautkl. Breslau. S. 505—528. Für die Verruca senilis ist eine Verbreiterung des Papillarkörpers durch eine wesentliche Formänderung der epithelialen Anteile charakteristisch. Auf Schnitten

Digitized by Google

sieht man ein epitheliales Netzwerk mit den Bindegewebsinseln des Papillarkörpers, mit lockeren Hornlamellen erfüllte Hohlräume und ein mäßiges Infiltrat, das besonders um die Follikel stärker sich ausbreitet. Mitunter war der Sitz der Veränderung nur auf die Follikel beschränkt, so daß man in diesen Fällen von einer Verruca senilis follicularis sprechen konnte. Die Verruca senilis des Gesichts ist seltener und dabei schwieriger zu diagnostizieren. Charakteristisch ist eine feine Stichelung ihrer Oberfläche, das Fehlen eines entzündlichen Saumes und einer Schuppung oder Verhornung. Das histologische Bild der Verruca senilis unterscheidet sich von dem der Verruca senilis corporis durch eine mannigfaltigere Variation der epithelialen Wucherung. Besonders auffällig sind schweißdrüsengangähnliche Epithelstränge. Die Verruca senilis ist demnach eine Epithelwucherung, aber diese Atypie ist nirgends infiltrierend und überschreitet nie die Grenzen des verbreiterten Papillarkörpers. Trotz Variationen hält sie bestimmte Formen inne, so daß sie von allen bekannten Epithelformen, auch von sogenannten intermediären, sicher zu unterscheiden ist. Beim Keratoma senile ist die Hornschicht meist ganz erheblich verbreitert, und zwar wechseln parakeratotische mit hyperkeratotischen Teilen ab, die in die Follikel- und Schweißdrüsenöffnungen eingesenkt sind. Sie erheben sich öfters über kegelförmigen, scharf abgegrenzten Bezirken, deren Zellen sich wesentlich stärker färben als das umgebende Rete Malpighi; hier finden sich häufig in wechselnder Anzahl epitheliale Klump- und Riesenzellen. Das Epithel endet im Papillarkörper in Form von Knospen und Zapfen. Häufig ist eine Spaltbildung oberhalb der Basalschicht bzw. der Epithelwucherungen anzutreffen, die sich bis zur Bildung von blasigen Hohlräumen steigern kann; öfters besteht nur ein Ödem der Basalzellenschicht. Im Papillarkörper perivaskuläre Rundzelleninfiltrate. In einem Falle konnte histologisch der Übergang aus Keratoma senile in Epitheliom festgestellt werden. Trotz unmittelbarer Aneinanderlagerung bleiben beide scharf getrennt. Mit der Entwicklung des Epithelioms geht das Bild des Keratoma senile völlig verloren. H. Vörner-Leipzig.

Archives of Dermatology and Syphilology

1927, Bd. 15, Nr. 1

Experimental Studies in Eczema: II. A Correlation of the Chemistry with the Irritability of the Skin of Animals Under Normal and Under Experimentally Induced Conditions (Experimentelle Studien über Ekzem: II. Beziehung der Chemie zu der Reizbarkeit der Haut bei Tieren unter normalen und experimentell herbeigeführten Bedingungen), von J. V. Klauder und H. Brown-Philadelphia. S. 1. Der Ca-, Mg-, Na- und K-Gehalt bei Kaninchenhaut wurde genau bestimmt bei Tieren, die sowohl unter normalen Bedingungen gelebt als auch bei solchen, die verschiedene Diät erhalten hatten oder denen experimentell Hautreizungen beigebracht waren (Krotonöl). Die Hautreizbarkeit der Tiere variierte außerordentlich. Je geringer die Hautreizbarkeit, um so größer die Wahrscheinlichkeit eines hohen Kalziumgehalts und eines niedrigen Kaliumgehalts der Haut und umgekehrt. Diese Beziehung fand sich bei den meisten, aber nicht bei allen Tieren. Der Mg- und Na-Gehalt war so verschieden, daß keine Beziehung zwischen ihm mit der Hautreizbarkeit aufgestellt werden konnte. Unter den experimentell vorbehandelten Tieren (verschiedene Diät, Injektion von Calc. chlorid., Quarzlichtbestrahlung usw.) und den unter normalen Bedingungen lebenden Tieren war kein auffallender Unterschied des Mineralgehalts nachweisbar. Beim Ekzem glauben Verff. eine Störung des Hautnervenmechanismus annehmen zu müssen. Inwieweit biochemische Vorgänge dabei eine Rolle spielen, wird ausführlich erörtert. Der K-, Mg-, Na- und Ca-Gehalt der Zellen steht in engem Zusammenhang mit dem vegetativen Nervensystem und infolgedessen mit den endokrinen Drüsen und kann durch veränderten Stoffwechsel beeinflußt werden.

Perforating Folliculitis Naris (Perforierende Follikulitis des Naseninnern), von G. D. Culver-San Francisco. S. 16. Bericht über 3 Fälle mit einer hartnäckigen Pustel etwas außerhalb der Nasenspitzenmitte. Erst nach Entfernung eines Haares, dessen Wurzel dem Nasenäußeren zugewandt war, erfolgte die Ausheilung der seit Wochen bestehenden Pustel. Es handelt sich um eine vom Naseninneren ausgehende Follikulitis, die nach außen durchgebrochen war.

Variola: A Clinical Study of the Minneapolis Epidemic of 1924/25 (Pocken: Klinische Beobachtung der Epidemie in Minneapolis 1924/25), von S. E. Sweitzer und

Digitized by Google

K. Ikeda-Minneapolis. S. 19. Neben wenig virulenten gibt es stets stark virulente Erreger, nicht, wie man früher glaubte, daß die milden allmählich stark virulent werden könnten. Der bösartige Typus ist in manchen Teilen der Vereinigten Staaten eingeschleppt worden, wo 20 Jahre lang nur ein milder Typus vorhanden war, und beide bestanden nebeneinander weiter. Von 1903—1923, da der Impfzwang in Minnesota aufgehoben wurde, gab es dort 60841 Pockenfälle, wovon 2891 starben. 1913—1923 waren 35152 Pockenfälle mit 108 Todesfällen. Unter diesen Erkrankten befanden sich 586 mit keinem Todesfall, die innerhalb der letzten 7 Jahre geimpft waren, 1458 mit 1 Todesfall, die vor 7 Jahren geimpft waren. Niemals geimpft waren 33108 mit 107 Todesfällen. Während dieser Zeit herrschte nur eine milde Infektion. 1924 wurde in Minneapolis der stark virulente Erreger eingeschleppt. Die Quelle blieb unbekannt. 1924/25 hatte Minneapolis 1430 Erkrankte mit 365 Todesfällen. Bei allen Todesfällen war innerhalb der letzten 7 Jahre keine erfolgreiche Impfung erfolgt. 71 davon waren vor 7 Jahren geimpft. Am häufigsten war die Purpuraform mit 100% letalem Ausgang. Alle diese malignen Fälle waren ohne Impfschutz. Gravide starben alle, an Kindern mehr als die Hälfte. In malignen pustulösen Fällen besteht eine dauernde hohe Leukozytose, in milden Fällen ist eine Leukopenie vorhanden. Die Purpuraform kann allein aus ihrem charakteristischen Blutbild diagnostiziert werden: dauernde hohe Leukozytose, eine absolute Lymphozytose, allmähliches Verschwinden der neutrophilen Leukozyten, roter Blutkörperchenzerfall, typische Kerndegeneration der polymorphen Leukozyten. Kulturen der tödlich verlaufenden Fälle ergaben fast immer hämolytische Streptokokken, besonders in den Purpurafällen. Therapeutisch wurden Merkurochrom 220, Gentianaviolett und Neoarsphenamin ohne sichtbaren Erfolg gegeben. Für die beste Therapie hält Verf. die Impfung und Wiederimpfung im Abstand von 7 Jahren.

Epidermolysis Bullosa (Epidermolysis bullosa), von W. H. Guy-Pittsburgh. S. 30. Bericht über 3 Fälle von Epidermolysis bullosa in einer Familie, die alle eine vergrößerte Thymus und allgemeine Drüsenschwellungen aufwiesen. Therapeutisch: Röntgenbestrahlung ohne Erfolg. Epidermolysis bullosa beruht auf einer angeborenen Störung der inneren Sekretion.

Stovarsol in the Treatment of Syphilis: Preliminary Report (Stovarsol in der Behandlung der Syphilis: Vorläufiger Bericht), von F. W. Gregor und F. M. Gastinean-Indianapolis. S. 43. Nur in einem Fall maligner Lues versagte das Stovarsol; in den übrigen Fällen heilten die klinischen Erscheinungen schnell, und die WR wurde bald negativ. Die Feststellung einer genauen Dosierung ist noch erforderlich. Manche Pat. erhielten 2,25 g pro Tag. Verf. stellt das Stovarsol mit dem Arsphenamin auf dieselbe Stufe.

Ulcus vulvae acutum: Report of a Case (Ulcus vulvae acutum), von G. N. Stryker-St. Louis. S. 54. Bericht über einen Fall, bei dem Bacillus crassus reichlich gefunden wurde und schnelle Ausheilung durch einfache Mittel erfolgte.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Journal d'Urologie

1926, Bd. 22, Nr. 6

Sur la leucoplasie des voies urinaires (Über die Leukoplakie der Harnwege), von R. Allemann-Zürich. S. 449. Die Leukoplakien der Harnwege sind ätiologisch weder der Lues, noch dem Tripper oder Kalkulose an sich zuzuschreiben; auch chronische Entzündung an sich sei nicht als Ursache anzuschuldigen. Von anderer Seite werde ein entwicklungsgeschichtliches Moment herangezogen, das aber auch nur mit Reserve angenommen werden könne. Jedenfalls bedeute die Metaplasie ein präkanzeröses Stadium. Das Cholesteatom der Harnwege stellt keinen echten Tumor dar, da es sich nicht um eine Vervielfachung der Zellbestandteile, sondern um eine Veränderung des Zellcharakters handele. Therapeutisch wird wegen des Versagens der konservativen Maßnahmen und der Gefahr maligner Entartung oder übler Infektionen mit ihren nicht vorauszusehenden Folgen, wo es irgend geht, bei der Leukoplakie ein radikaler operativer Eingriff zu befürworten sein.

L'incontinence d'urine post-mictionelle dans les affections des organes génitaux (Die Harninkontinenz nach der eigentlichen Harnentleerung), von Serrallach-Barcelona. S. 471. Der Verf. führt die Inkontinenz, die sich in Entleerung einiger Tropfen nach Beendigung der Miktion äußert, abgesehen von den Fällen, wo dieses Verhalten

Digitized by Google

auf Verminderung des Muskeltonus der vorderen Harnröhre oder auf pathologisch-anatomischen Veränderungen der Harnröhre auf Grund von Tripper usw. beruht, auf kongestive Zustände im Bereich des Genitalapparates, besonders der Samenblasen zurück.

Note sur le rôle du bacille acidogène dans les infections urinaires (Bemerkung über die Rolle des Bacillus acidogenes in den Harnwegen), von G. Cirillo, Bakt. Univ.-Inst. Neapel. S. 479. Der Bacillus acidogenes werde vielfach mit dem Bac. coli verwechselt. Nach den Befunden Cirillos ist er weitaus häufiger als dieser.

A propos de l'article de M. Laquière sur les relations du rein droit et de l'appendicite (Zum Artikel Laquières über die Beziehungen der rechten Niere zur Appendizitis), von S. Rolando-Genua. S. 482.

A propos d'un cas de rein polycystique chez une femme (Über einen Fall von polykystischer Niere bei einer Frau), von G. Carajannopoulos-Athen. S. 484.

E. Sklarz-Berlin.

Przeglad dermatologiczny (Polnische dermatologische Revue)

1925, Jahrg. 20, Nr. 1

Trichophytiasis der behaarten Haut des Kopfes bei Erwachsenen, von W. Borkowski und Fr. Krzyształowicz-Warschau. Entgegen der Ansicht Besniers, daß die Trichophytien der Kopfhaut mit dem 15. Jahre erlöschen, sind in der Literatur vereinzelte Fälle von Trichophytie des behaarten Kopfes bei Erwachsenen zu finden. Verff. beobachteten in der Warschauer dermatologischen Universitätsklinik 4 derartige Fälle, und zwar bei 4 Frauen (ausschließlich Jüdinnen aus Südrußland, die als Auswanderinnen sich der sanitären Kontrolle unterziehen mußten). Bei dem ersten Fall handelte es sich um eine 42jähr. Frau, welche auf dem Hinterkopf mehrere münzenförmige, mit Schuppenkrusten bedeckte Herde aufwies. Nach Entfernung der festhaftenden Auflagerungen hier und da nässende Stellen. In den Schuppen abgebrochene Haare mit Pilzelementen (wahrscheinlich Neoendothrix, Kultur wegen Verunreinigung nicht gelungen). Im zweiten Fall, 65 Jahre alt, ähnlicher Befund. Kultur: Neoendothrix. Beim dritten Fall (34 Jahre), angeblich seit 2—3 Monaten bestehend, kulturell: Tr. endoectothrix faviforme ostraceum. Im vierten Fall (31 Jahre) soll das Leiden seit dem 15. Lebensjahre bestehen. Die Haare sind auf der ganzen Kopfhaut schütter, steif und trocken. Kultur: Tr. violaceum. Bemerkenswert ist, daß auch die wenigen von Sabouraud beobachteten Fälle aus Südrußland stammen. Verff. nehmen eine konstitutionelle Disposition an. Wahrscheinlich sind solche Fälle in Südrußland häufiger, kommen aber bei der wenig kulturellen Bevölkerung seltener in ärztliche Beobachtung.

Ein Fall von diabetischer Dermatitis, mit Insulin behandelt, von St. Kapuścinski, Derm. Univ.-Kl. Warschau. Im Gegensatz zu den prompten Erfolgen, welche von Engmann, Weiss, Davis und Calhoun u. a. bei Insulinbehandlung von Dermatosen bei Diabetikern berichtet wurden, stellte K. nur eine sehr langsame Besserung bei einer 46jähr. Pat. fest. Es handelte sich um ein intertriginöses Ekzem der Vulva und Schenkelbeugen, zu dem sich eine Dermatitis auf dem rechten Arm gesellte. Urinuntersuchung ergab Zucker und Azeton sowie 0,03‰ Eiweiß. Blutzucker 0,19%. Unter Insulinbehandlung sank allmählich der Zucker von 3,5% auf 0,4%; Azeton schwand vollständig, um jedoch bei Unterbrechung der Insulinbehandlung wieder zu erscheinen, wobei der Blutzuckerspiegel sogar auf 0,27 stieg, nachdem er auf 0,17 gefallen war. Eine erneute Insulinkur beseitigte schließlich Zucker und Azeton, doch dauerte es 3 Monate, bis die Hauterscheinungen schwanden.

Über den Wert der Kodama-Reaktion, von T. Marcyaniak-Krakau. (Aus der derm. Univ.-Kl. Krakau, Dir. Prof. Lenartowicz.) Verf. benutzte Meerschweinchenherzextrakt, welches er mit Äther 7 Tage lang auszog (Kodama nur 2—4 Tage) und welcher empfindlicher war. Er fand unter 65 Seren in 62 Übereinstimmung mit WR. Bei 35 Seren mit nicht eindeutiger WR gab die Kodama-Reaktion noch 77% positive und 23% negative Resultate, sicherte also den zweifelhaften Befund. Bei weiteren 100 wassermannnegativen Seren war Kodama noch in 18 positiv (es waren 11 Lues latens, 1 Lues her. tarda, 1 Lues III, 1 Lues suspecta, 4 Lues II in Behandlung). Es erwies sich also die Kodama-Reaktion besonders bei Lues latens und behandelter Lues als empfindlicher als die WR. Trotzdem glaubt Verf. nicht, daß sie die WR ersetzen kann, da die Kodama-Reaktion bei trüben, milchigen, ikterischen usw. Seren nicht zu verwenden ist.

Digitized by Google

Über das Verhalten des vegetativen Systems bei Lueskranken, von St. Ostrowski. (Aus der derm. Univ.-Kl. Warschau.) Zur Prüfung wurde Adrenalin und Pilokarpin verwendet. Hierbei wurden die verschiedensten Nebeneinflüsse (Alter, Beschäftigung, Alkohol, Nikotin usw.) berücksichtigt. O. kommt zu folgenden Resultaten: 1. Im Stadium der Propagation des syphilitischen Virus Erhöhung der sympathischen Reizbarkeit: Sympathikotonie. 2. Im sekundären Stadium mit weit vorgeschrittenen Hauterscheinungen sowie im Stadium der Rezidive Erhöhung der Reizbarkeit sowohl des autonomen wie des sympathischen Systems: Amphotonie. 3. Im Latenzstadium gewisse Tendenz zur Rückkehr zum Gleichgewicht mit geringerer Reizbarkeit: Hypoamphotonie. 4. Im Spätstadium ungleichmäßiges Verhalten des vegetativen Systems, je nachdem welche Organe ergriffen waren. Herabsetzung der Empfindlichkeit bei Haut-, Knochenerkrankungen, Erhöhung bei Ergriffenheit innerer Organe sowie bei Wassermannbeständigkeit im Blut und Liquor.

Die Biernacki-Reaktion in der Klinik der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von E. Bruner-Warschau. (Aus dem Lichtinstitut des St.-Lazarus-Hospitals.) Die Mitte des 19. Jahrhunderts vergessenen Untersuchungen über die Blutsedimentierung wurden in den Jahren 1895—97 von neuem durch E. Biernacki aufgenommen und in einer Reihe von grundlegenden Arbeiten in der polnischen Literatur zur Methode ausgearbeitet. Ihm kommt daher die Priorität der Einführung der Prüfung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit zu. Verf. untersuchte nun 200 Fälle (89 Lues, 15 Ulcus molle, 14 Blennorrhoe, 82 Dermatosen, daneben Kontrollfälle an Gesunden) auf die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit. Es zeigte sich, daß der diagnostische Wert der Reaktion in der Dermatologie kein großer ist. Als positiv wurde die Reaktion angesehen, wenn die Sedimentierung bis 18 mm während einer Stunde bei der Frau, während zwei Stunden beim Manne eintrat. Diese positive Reaktion ist ein stetes Begleitsymptom der manifesten Lues. Dagegen läßt sich die Reaktion bei nichtluetischen Hauterkrankungen höchstens im negativen Sinne verwenden, d. h. wenn sie bis 3 Stunden beim Weibe und 6 Stunden beim Manne nicht eintritt, so ist Lues auszuschließen.

1925, Jahrg. 20, Nr. 2

Über Ikterus bei Lues, von J. Lenartowicz-Krakau. L. ist der Ansicht, daß in einem großen Teil der Fälle das Salvarsan als solches die Ursache des Ikterus bei Lues ist. Um festzustellen, inwieweit die Urobilinurie und Bilirubinämie als Zeichen von Leberschädigung durch Lues anzutreffen ist, untersuchte L. 86 Fälle, von denen 58 ausschließlich mit Stovarsol, 28 mit Neosalvarsan und Hg behandelt wurden. In der ersten Gruppe waren 9 Fälle von Lues I seronegativa, 12 Lues I seropositiva, 33 Lues II manifesta, 3 Lues latens, 1 Tabes. Es wurde die Ehrlichsche Reaktion kalt angestellt, in wöchentlichen Abständen. Bei keinem einzigen Kranken der ersten Gruppe konnte vor und während der Behandlung Urobilin noch Urobilinogen festgestellt werden. Auch die 35 Tage geübte Stovarsolbehandlung hatte keinen Einfluß auf die Reaktion. Im Blutserum erwies sich der Bilirubingehalt als sehr schwankend. Von 9 Kranken mit Lues seronegativa wurde nur ein einziges Mal während und nach der Behandlung Urobilin im Serum festgestellt, in 3 Fällen anhaltend Spuren, in 3 völliges Fehlen, in 2 wechselndes Verhalten. Von den 12 Fällen von Lues I seropositiva war in 2 Fällen die Bi-Reaktion ständig positiv, in 5 ständig negativ, in 3 positiv abnehmend, in 2 negativ zunehmend. In 33 Fällen von Lues II manifesta: 3 ständig positiv, 12 ständig negativ, 9 negativ zunehmend, 2 positiv abnehmend, 3 wechselnd, 4 spurweise. In 3 Lues latens mit positiver WR kein einziges Mal Bilirubin, bei dem Tabesfall Spuren. Bei der zweiten Gruppe (Salvarsan und Hg) war unter 28 Fällen nur einmal Urobilinurie festzustellen. Bei 9 auf Bilirubin im Blut untersuchten Kranken war das Ergebnis negativ, woraus zu schließen wäre, daß die Bilirubinämie häufiger bei den mit Stovarsol behandelten vorkommt. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Leberfunktionsproben nicht imstande sind, uns in vielen Fällen darüber aufzuklären, was die Ursache des Ikterus bei Lues ist. Weiterhin stellte er durch eine Umfrage fest, daß in Polen (330 Fälle aus 12 Kliniken) von einer Ikterusepidemie nicht die Rede sein konnte.

Histologische Veränderungen der syphilitischen Exantheme im Sekundärstadium nach Bismuteinspritzungen, von W. Sterling-Warschau. Verf. untersuchte histologisch luetische Papeln nach der ersten, dritten und sechsten Bismutspritze bei denselben Pat. Zur Verwendung kam das Jodobismutchinin Gessner. Es zeigte sich, daß bereits 3 Tage nach der ersten Injektion in den Plasmazellen des Infiltrats weitgehende

Digitized by Google

Veränderungen eingetreten waren. Starke Schwellung der Zellen, zum Teil recht große Exemplare, ungleichmäßige Färbung des Zytoplasmas, wobei bei vielen Fällen eine starke Abnahme des Granoplasmas festzustellen ist. Soweit es erhalten ist, lagern sich die Granula unregelmäßig teils um den Kern, teils in der Peripherie. Zahlreiche Zellen haben nur einen schmalen Saum, andere nur Reste wie angehängten Zytoplasmas; andere haben wieder das ganze Zytoplasma eingebüßt und erscheinen als freie Kerne. Auch diese sind verändert, zum Teil zerfallen. Man sieht auch Übergangszellen zwischen Plasmazellen und Fibroblasten. Nach der dritten Einspritzung ähnliches, nur noch ausgesprocheneres Bild. Der Übergang in Fibroblasten tritt noch deutlicher hervor. Nach der sechsten Injektion ist bereits das Massiv des Plasmazelleninfiltrats geschwunden, nur die kleinen Gefäße der Papillarschicht sind noch von Plasmazellen umsäumt. Zahlreiche Spindelzellen, hier und da Blutgefäßneubildung. Einzelne Zellen nehmen Sternform an. Es unterliegt also ein Teil der Plasmazellen dem Zerfall und Resorption, ein anderer wandelt sich in Bindegewebszellen um. Dieselben Veränderungen stellte Krzysztalowicz in syphilitischen Exanthemen nach Salvarsanbehandlung fest. Untersuchungen an Unbehandelten, spontan schwindenden Effloreszenzen geben ein analoges Bild, aber in bedeutend verlangsamtem Tempo und mit geringerer Intensität der Veränderungen.

Serologie der Lues, von Fr. Walter-Krakau. Zusammenstellung und kritische Übersicht der serodiagnostischen Methoden der Lues. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Wenn nach sachgemäßer Behandlung sowohl die Blutprobe als die Liquoruntersuchung nach 3 Jahren völlig negativ ausfällt, kann man mit großer Wahrscheinlichkeit optimistisch in die Zukunft blicken. Bei positiver Blutprobe ist selbst bei Mangel jeglicher Erscheinungen Patient als krank anzusehen. Umgekehrt gibt ein negativ gewordener Wassermann keine Sicherheit, ob wir es mit ausgeheilter oder latenter Lues zu tun haben.

Cholestearinämie bei Psoriasis, von R. Bernhardt und J. Zalewski, St.-Lazarus-Hosp. Warschau. In einer früheren Arbeit betreffend den Cholestearingehalt des Blutes bei verschiedenen Dermatosen stellte Bernhardt bereits einen niedrigen Cholestearinspiegel bei Psoriasis fest, ein Befund, welcher durch die Arbeiten von Lenartowicz und Ameisenówna bestätigt wurde. In einer neuen Beobachtungsserie von 20 Fällen von Psoriasis stellten die Verff. in 70% Hypocholestearinämie fest. Sie suchten nun zu erforschen, inwieweit hieraus therapeutische Indikationen resultieren, andererseits, ob ein Parallelismus zwischen dem Cholestearingehalt und dem Verlauf der Krankheit besteht. Die Pat. wurden den verschiedenen Methoden der Röntgenbestrahlungen unterzogen. Bei den nach Brock auf die Thymus bestrahlten (3 mm Al-Filter, 2—2½ X) war der therapeutische Effekt = 0; doch hob sich der Cholestearinspiegel ständig und systematisch, was bei Wiederholung der Bestrahlungen (Serien von 3—4 Sitzungen alle 8 bis 10 Tage) bzw. massiver Dosis von 10—12 X noch deutlicher hervortrat. Die Werte hoben sich von 0,041 auf 0,107, ja sogar 0,214. Diese Erscheinung trat in 80% der Bestrahlten auf, bei denen gleichzeitig Vagotonie bestand. Von den übrigen 20% waren in 11% nur geringe Schwankungen, bei 9% sank die Cholestearinmenge sogar ständig. Bei den Psoriasisfällen mit hohem Cholestearingehalt trat umgekehrt in 60% eine Verminderung bis zur Norm ein, wobei daneben Erscheinungen von Sympathikotonie und Schilddrüseninsuffizienz bestanden. In den übrigen 40% waren nur geringe Schwankungen des Spiegels festzustellen. Verf. lehnt den Begriff der „Reizdosis" bei Röntgenbestrahlungen ab, da sowohl die hohen Dosen von 10—12 X als die kleinen von 2 X denselben Effekt hatten. Auch bezweifelt er die Möglichkeit der ausschließlichen Thymusbestrahlung, ohne daß die Thyreoidea bzw. Partien des sympathischen Systems mitgetroffen würden. Bestrahlungen des Sympathikus nach Gouin sowie des Rückenmarks in der Intraskapulargegend hatten weder auf die Psoriasis noch auf den Cholestearinspiegel einen Einfluß. Bestrahlungen der Schilddrüse bei Insuffizienz derselben und Hypocholestearinämie erhöhten den Spiegel; bei Hyperfunktion und Hypercholestearinämie war die Wirkung entgegengesetzt. Psoriasis selbst unbeeinflußt. Bestrahlungen der Milz (in 3 Feldern 12 X) setzte den erhöhten Spiegel herab, was mit der Erfahrung verschiedener Autoren in Einklang steht, daß Milzexstirpation Herabsetzung des Cholestearingehaltes im Blute zur Folge hat. Insulineinspritzungen bei normalem Cholestearingehalt hatten keinerlei Einfluß. v. Karwowski-Posen.

Digitized by Google

The American Journal of Syphilis

1926, Bd. 10, Nr. 3

Bone Syphilis (Knochensyphilis), von F. H. Dillingham und L. K. Mc Caffery-New York. S. 373. Die Verff. geben einen kurzen Bericht über die verschiedenen Phasen der Knochensyphilis und teilen 3 Fälle mit. Der erste Pat. hatte eine sichere syphilitische Periostitis, der zweite Pat. zeigte eine syphilitische Osteomyelitis der Klavikula mit Osteoporosis der Knochenrinde und Verdickung des Periosts. Fall 3 zeigt eine ausgedehnte Osteomyelitis, Verdickung der Knochenrinde und Periostitis mit Sequesterbildung. Die beiden letzten Fälle bestätigen erneut die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnosenstellung.

Bilateral Gummata of the Sternoclavicular Articulations (Beiderseitige Gummi der Sternoklavikulargelenke), von G. T. Pack und J. S. Beck-Alabama. S. 383. Während die einseitigen Gummi des Sternoklavikulargelenkes nicht selten sind, finden sich die doppelseitigen außerordentlich selten. Hier wurde der Befund bei einem Neger erhoben, der zahlreiche tertiär-luische Veränderungen zeigte. Die Autopsie zeigte, daß die gummösen Veränderungen ihren Ursprung von den vorderen Zervikalmuskeln aus genommen hatten, sich von dort aus in den Suprasternalraum verbreitet hatten, um dann auf beide Sternoklavikulargelenke überzugreifen.

Syphilis on a Medical Service (Syphilis im Krankenhaus), von H. M. Moses-New York. S. 388. Bericht über die Befunde an Syphilis unter den Pat. eines allgemeinen Krankenhauses.

An Outfit for the Collection of Serum by Physicians for the Dark-Field Examination in Suspected Syphilis (Eine Ausrüstung zur Sammlung von Serum für die Ärzte zur Dunkelfelduntersuchung in syphilisverdächtigen Fällen), von W. R. Stokes und C. L. Ewing-Baltimore. S. 404. Die Ausrüstung enthält eine Pipette mit Gummibällchen zum Ansaugen des Serums. In einem Glasröhrchen wird die Pipette rasch zur nächsten Untersuchungsstation gesandt.

Phases of Neurosyphilis (Stadien der Neurosyphilis), von A. Myerson und M. Yorshis-Boston. S. 410. An Hand von 17 Fällen werden die verschiedenen Stadien der Nervensyphilis besprochen. Die Verff. betonen vor allem, daß schwere Fälle sehr früh, fast am Anfang der Lues, auftreten können. Die Meningen sind in diesen Fällen von einem gummösen Typ der Infiltration befallen. Die Fälle reagieren gut auf Behandlung. Ähnliche Veränderungen treten auch im Verlaufe der Syphilis auf, sind jedoch prognostisch weniger günstig. Für die Diagnose ist von wesentlicher Bedeutung nur der Liquorbefund und nicht der Blutwassermann. Verff. halten auch bei alten Leuten in jedem Falle von Hemiplegie eine Lumbalpunktion für erforderlich.

First Symptoms of Neurosyphilis (Erste Symptome der Nervensyphilis), von C. S. Bluemel-Denver, Colorado. S. 420. An Hand von 100 ganz kurz angeführten Fällen werden die ersten Symptome der Nervensyphilis beschrieben. Am häufigsten waren Schmerzen und Schwäche in den Beinen.

Nervous Syphilis (Nervensyphilis), von H. V. Wildman-New York. S. 429. Nichts Besonderes.

Nonspecific Stimulation Therapy, Wassermann Reaction and Syphilis Therapy with Living (Malaria) and Dead Lipoid-Albumin Compounds (Unspezifische Reiztherapie, Wassermann-Reaktion und Syphilistherapie mit lebenden und toten Lipoid-Albumingemischen), von J. Schumacher-Berlin. S. 432. Verf. betont die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen Proteiden, Lipoiden und Lipoproteiden. Ganz besonders ist die Differenzierung bei Betrachtung der Luestherapeutika. Während dem Salvarsan eine direkte Wirkung auf die Spirochäten zukommt, haben Hg und Bi nur eine indirekte Wirkung als eine Art Katalysatoren. Ein erhöhter Oxydationsprozeß veranlaßt erhöhte Zelltätigkeit und damit vermehrte Produktion von lipoproteolytischen Fermenten. Diese wirken zerstörend auf die Spirochäten. Auch die Malariatherapie beruht letzten Endes auf einer erhöhten Produktion dieser Fermente.

Neurosyphilis with Especial Reference to Intraspinal Treatment (Neurosyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Intralumbalbehandlung), von W. C. Stoner-Cleveland, Ohio. S. 439. Nach kurzer Besprechung allgemeintherapeutischer Grundsätze beschäftigt sich der Verf. mit der wassermannfesten Syphilis. Er verlangt auch für diese Fälle individuelle Therapie, besonders die intralumbale Behandlung bei all den Fällen, bei denen ein positiver Liquorbefund vorliegt. Die Erfahrungen des Verf. mit dieser Methode sind gut.

Digitized by Google

The Calcium Content of Serum in Syphilis (Der Kalziumgehalt des Serums bei Syphilis), von I. Rosen und F. Krasnow-New York. S. 446. Es wurden Serumuntersuchungen auf Kalzium in den verschiedensten Stadien der Syphilis gemacht. Im allgemeinen ist der Serumgehalt an Kalzium bei Syphilitikern etwas höher als bei Normalen. Ausführliche Tabellen zeigen die Untersuchungsergebnisse.

The Persistent Positive Wassermann Reaction (Die positiv bleibende Wassermannsche Reaktion), von L. G. Beinhauer-Pittsburgh. S. 454. Bericht über 3 Fälle, in denen durch Wechsel der Medikamente und Behandlung teils mit Wismut, teils mit Natriumthiosulfat ein Umschlag der Reaktion ins negative Stadium erreicht wurde.

Chemical Investigations on Neoarsphenamine. Methods of Analyses (Chemische Untersuchungen über Neoarsphenamin. Methoden der Analyse), von L. Freedman-Brooklyn. S. 460. Eingehende Titrationsversuche mit Jod und Fällungsversuche mit Salzsäure. Ausführliche Formeldarstellung zur Erläuterung der Ergebnisse.

Syphilis. Its Diagnosis, Prognosis, Treatment, with Necessary Procedures to Determine the Results of Treatment, and Prognosis for Patients Following Thorough Antiluetic Treatment (Syphilis. Die Diagnose, Prognose und Therapie mit den notwendigen Verfahren, um die Resultate der Behandlung und die Prognose der behandelten Patienten festzustellen), von R. E. Jameson-Davenport, Iowa. S. 478. Für den Dermatologen nichts Neues.

Bismuth and the Wassermann Reaction (Wismut und die Wassermannsche Reaktion), von D. M. Sidlick-Philadelphia. S. 486. Kurzer Bericht über Erfolge und Versager, die Verf. mit Wismut gehabt hat, wie auch mit anderen Präparaten.

The Interpretation of the Wassermann Reaction in Terms of Hydrogen-Ion Concentration (Die Deutung der Wassermannschen Reaktion als Wasserstoff-Ionenkonzentrationsveränderungen), von A. Khan-Brooklyn. S. 489. Verf. führt die positive Reaktion auf ein Überwiegen der H^+-Ionen zurück und die negative auf ein Überwiegen der OH'-Ionen. Das Überwiegen der H^+-Ionen verursacht Ausfall der roten Hammelblutkörperchen, während das Überwiegen der OH'-Jonen Hämolyse zur Folge hat.

The Wassermann Test. XII. The Production of Syphilitic Reagin (Die Wassermannsche Reaktion. Die Produktion von Syphilisreagin), von D. L. Belding-Boston. S. 500. Es wird ein Fall berichtet, bei dem schwere luische Schädigungen von Herz, Leber und Milz einhergehend mit enormem Aszites vorlagen. Die serologischen Untersuchungen bezogen sich insbesondere auf die Aszitesflüssigkeit, von der in 115 Tagen 111 Liter entnommen wurden. Es fand in dieser Zeit nur eine sehr geringe Produktion, wenn überhaupt, von Reagin statt.

A Comparison of Fixation at 3—6° C and at 37° C in over 25,000 Complement-Fixation Tests for Syphilis Made With Cholesterinized Antigen (Ein Vergleich der Fixation bei 3—6° C und bei 37° C in über 25000 Fällen von Komplementfixation bei Syphilis mit cholestearinisiertem Antigen), von R. Gilbert, V. Langworthy und A. C. Moore-Albany. S. 506. In 77% der untersuchten Fälle war es gleich, ob eine vierstündige Fixation bei 3—6° C oder eine $^1/_2$stündige Fixation bei 37° C stattfand. Für die übrigen Fälle erwies sich die Fixation bei 3—6° C als empfindlicher, nur für primäre Syphilis ergab die Methode bei 37° C genauere Resultate. Die kalte Methode ergab bei Gesunden immer negative Reaktion.

1926, Bd. 10, Nr. 4

The Diagnosis and Treatment of Syphilis of the Nervous System (Die Diagnose und Behandlung der Syphilis des Nervensystems), von E. L. Hunt-New York. S. 537. Verf. legt den Hauptwert auf die klinische Untersuchung und mißt den Laboratoriumsmethoden nur sekundäre Bedeutung bei. Er verlangt jedoch Röntgenuntersuchung der Aorta in jedem verdächtigen Fall. Die Therapie teilt er in eine spezifische, mit den bekannten Medikamenten, und in eine unspezifische, nämlich die Malariatherapie, ein.

Syphilis of the Central Nervous System (Syphilis des Zentralnervensystems), von J. Smith-Brooklyn. S. 545. Bericht über 8 Fälle, die Verf. in 2 Gruppen einteilt, und zwar einerseits in spezifische Erkrankungen der Blutgefäße des Gehirns, syphilitische Lepto- und Pachymeningitis und Gummen. Andererseits in degenerative Prozesse, bei denen die Nervenzelle primär erkrankt ist. Die therapeutischen Erfolge des Verf. mit Malaria im Anfangsstadium waren gut.

Juvenile Paresis. Its Salient Characteristics, with Special Reference to Infantilism (Juvenile Paralyse. Die wichtigsten Charakteristika mit besonderer Berück-

Digitized by Google

sichtigung des Infantilismus), von H. A. Bunker-New York. S. 533. Ausführlicher Bericht eines Falles. Seit der ersten Beschreibung im Jahre 1877 sind etwa 300 Fälle mitgeteilt worden. Etwa 5% der Pat. mit kongenitaler Lues werden von Paralyse befallen. Es ist kein Unterschied in der Erkrankungszahl zwischen männlichen und weiblichen Individuen vorhanden. Wichtig ist das außerordentlich seltene Auftreten von Größenideen. Obwohl an sich bei kongenitaler Lues nicht selten, so scheinen körperliche Entwicklungshemmungen bei der juvenilen Paralyse ganz besonders häufig zu sein. Der vom Verf. beschriebene Fall zeigte den Lorrain-Typ des Infantilismus.

A Study of Lues Among Mental Defectives (Beobachtungen über Lues unter Geisteskranken), von F. R. Hall. S. 563. Nichts Besonderes.

Syphilitic Lesions of the Mouth (Syphilitische Erkrankungen des Mundes), von P. A. O'Leary-Rochester. S. 567. Vortrag vor Zahnärzten gehalten. Beigefügt eine Reihe von Photographien von Erscheinungen der verschiedenen Stadien der Lues im Munde.

The Modern Treatment of Congenital Syphilis (Die moderne Behandlung der kongenitalen Syphilis), von H. Heiman-New York. S. 577. Verf. betont zunächst die Bedeutung der Prophylaxe in Gestalt gründlicher Behandlung der Mutter. Für die Kinder erwies sich folgende Therapie am besten. Jede Woche eine Injektion und 6 Wochen lang nur dasselbe Mittel. Wechsel zwischen Salvarsan, Wismut- und Hg-Präparaten. Diese Behandlung ein Jahr hindurch. Dann genaue Beobachtung der Kranken. Salvarsan bei schlechten Venen kann auch intramuskulär gegeben werden.

Syphilis and the Periodic Health Examination (Syphilis und die periodische Gesundheitsuntersuchung), von W. A. Bloedorn-Washington. S. 581. Bei den Gesundheitsuntersuchungen ist genaueste klinische Untersuchung auf Lues vorzunehmen. WR und Kahnsche Reaktion sind regelmäßig anzustellen. Wird Lues gefunden, dann Liquoruntersuchung.

Bismuth (Wismut), von W. H. Gordo und M. S. Feldman-Detroit, Michigan. S. 588. Ausführlicher Bericht über die Erfahrungen der Verff. mit den verschiedenen Wismutpräparaten. Am günstigsten wirkten die unlöslichen Präparate bei intramuskulärer Injektion. Die Wirkung wurde durch Eingabe von Jodkali anscheinend noch verstärkt. Irgend welche schwereren Schädigungen wurden nicht beobachtet. Gute Beeinflussung der klinischen Symptome, jedoch schlechte Beeinflussung der WR.

The Reactivation of Salvarsan in the Treatment of Syphilis (Die Reaktivierung des Salvarsans bei der Behandlung der Syphilis), von C. N. Myers und J. A. Mc Gregor-New York. S. 604. Ausgehend von der Betrachtung, daß in resistenten Fällen durch die lang fortgesetzte Salvarsanbehandlung allmählich eine Arsenspeicherung im Körper stattfindet, kamen die Verff. zu dem Versuch, diese Arsenmengen wieder zu aktivieren. Sie benutzten dazu Natriumthiosulphat und gaben wöchentlich 2 Injektionen von 0,5—1 g. Es wurden 47 Fälle beobachtet, von denen 32 Pat. 5—35 Injektionen erhielten, die übrigen weniger. Von 10 Fällen von Neurosyphilis wiesen 6 klinische Besserung auf, der Blutbefund besserte sich in 5 Fällen. Die 22 übrigen Fälle von Syphilis wiesen in 19 klinische Besserung auf, Blutveränderung nur in 10.

X-Ray Evidence in the Diagnosis of Gastric and Pulmonary Syphilis (Röntgenuntersuchung zur Diagnose der Magen- und Lungensyphilis), von Ch. D. Enfield-Louisville. S. 621. Nach ausführlicher Besprechung aller Symptome kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß eine Feststellung von Lungen- oder Magensyphilis rein durch Röntgenuntersuchung unmöglich ist. Eventuell können der sonstige Befund und die Durchleuchtung zusammen einmal die Diagnose ermöglichen.

Some Practical Points in To-day's Treatment of Syphilis (Einige praktische Punkte in der heutigen Behandlung der Syphilis), von M. Baff-Worcester. S. 625. Nichts Besonderes.

Intraabdominal Syphilis (Syphilis der Abdominalorgane), von J. W. Shuman-Los Angeles. S. 629. Bericht über 3 Fälle. In den ersten beiden wurden anfangs maligne Tumoren vermutet. Alle 3 reagierten gut auf die spezifische Therapie.

Results of 2800 Microscopic Slide Precipitation Tests for Syphilis with Clinical and Serologic Comparison (Resultate von 2800 mikroskopischen Flockungsreaktionen bei Syphilis mit klinischem und serologischem Vergleich), von B. S. Kline, S. Littmann und A. B. Mill-Cleveland. S. 636. Beschreibung der Methode ist bereits an anderer Stelle erfolgt. Ausführliche Tabellen zeigen die Untersuchungsergebnisse. Die Verff. halten die Methode für genauer als die WR. E. Rosenbaum-Berlin.

Digitized by Google

The British Journal of Venereal Diseases

1926, Bd. 2, Nr. 8

The Interpretation and Management of Latency in Syphilis (Deutung und Behandlung der latenten Syphilis), von J. H. Stokes-Philadelphia. S. 289. Wirklich symptomlose Syphilis ist bei genauer Untersuchung sehr selten. Besondere Aufmerksamkeit muß auf Veränderungen des Augenhintergrundes gelenkt werden, ebenso auf Akzent und Druckveränderungen der Aorta und die Spinalflüssigkeitsuntersuchung. Ein Pat. mit einer latenten Infektion lebt auf Kosten der Widerstandskraft seiner parenchymatösen Organe. Fehlen der WR ist kein Zeichen der Gesundheit; mindestens 30% aller Neurosyphilitiker weist keine Blutreaktion auf. Auch Pat., die frei von allen Symptomen sind, dürfen nie aus der Behandlung entlassen werden, da man sonst allzu oft durch Doppeltsehen, Koronarthrombosen oder Schlaganfälle überrascht wird. So wenig ein hohes Alter eine Kontraindikation gegen energische Frühbehandlung ist, so sehr soll man bei stationären Spätveränderungen von Personen über 50 Jahren mit spezifischen Kuren zurückhaltend sein. Hat man aber einmal eine Kur begonnen, so soll sie auch gründlich durchgeführt werden.

Marriage and Syphilis (Eheschließung und Syphilis), von G. Lacapère-Paris. S. 308. Selbst bei hartnäckig positiver WR kann nach den nötigen Kuren die Ehe erlaubt werden, wenn die Spinalflüssigkeit normal ist. Falls bei verändertem Lumbalpunktat doch eine Ehe eingegangen wird, muß mindestens zweimal jährlich eine Kur vorgenommen und die Frau während der Schwangerschaft behandelt werden. Liegt eine Syphilis der Mutter vor, so ist eine Kur während der Schwangerschaft unumgänglich, wenn die Erkrankung nicht länger als 8 Jahre zurückliegt. Es ist jetzt aber möglich, die Spritzkuren durch Einnehmen von Spirozid und Treparsol zu ersetzen. Durch Kuren mit Salvarsan und Wismut war es immer möglich, bei Syphilis der Mutter gesunde Kinder zu erzielen, bis auf einen einzigen Fall, wo eine kongenitale Syphilis der Mutter vorlag. Es ist zur Feststellung der Gesundheit des Kindes besonders wichtig, daß die Plazenta nicht mehr als $^1/_6$ so viel wiegt, als das Kind. Gewichte von $^1/_4$—$^1/_3$ des Kindgewichtes sind auf Syphilis verdächtig.

Marriage and Syphilis (Ehe und Syphilis), von R. C. Jewesbury. S. 323. Eine Statistik über 200 Fälle kongenitaler Syphilis zeigt, daß am häufigsten Augenveränderungen die Krankheit erkennen lassen. Die Wassermannsche Untersuchung gibt gerade im 1. Lebensjahr unsichere Resultate. Bei 3 Kindern war die Krankheit trotz entsprechender Behandlung der Mütter während der Schwangerschaft zum Ausbruch gekommen. Die Behandlung erreicht um so eher ihren Zweck, je früher zu Beginn der Schwangerschaft sie einsetzt.

Marriage and Gonorrhoe (Eheschließung und Gonorrhoe), von J. J. Abraham. S. 338. Beim Mann soll mit Provokationen erst begonnen werden, wenn nach Behandlungspause und muskulären Anstrengungen der Urin klar bleibt und eventuell vorhandene Flocken nicht nur frei von Gonokokken, sondern auch frei von anderen Mikroorganismen sind. Bei der Frau ist der Nachweis der Gesundheit viel schwerer zu führen. Bisher ist immer noch das sicherste Zeichen einer noch bestehenden Erkrankung die Infektion der Harnröhre des Mannes. Rückfälle sind bei der weiblichen Blennorrhoe leider sehr häufig, und eine Gesundheitserklärung sollte man erst nach 18 symptomfreien Monaten wagen. Eine positive Komplementreaktion ist bei sonst einwandfreiem Befund kein Ehehindernis. F. Rosenthal-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Blennorrhoe

e. Therapie

Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe, von W. Lutz. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 2, S. 35—36.) Da für die Abortivbehandlung nur ganz frische Fälle in Betracht kommen, in denen die Erkrankung also fast nur die vordersten Teile der Harnröhre ergriffen hat, ist ein die ganze Harnröhre mit stark reizenden Lösungen behandelnde Abortivmethode überflüssig. Es empfiehlt sich, die vordersten 2—3 cm der Harnröhre

Digitized by Google

mit einem mit 1—2%iger Argent.-nitric.-Lösung getränkten Watteträger 2—3mal auszuwischen und dann den Pat. selbst am gleichen Tage alle 2 Stunden, am nächsten Tage 4—5mal, am dritten noch dreimal mit ½%iger Protargollösung einspritzen zu lassen. In 30 so behandelten Fällen wurde 24mal ein durch mehrwöchige Kontrolle sichergestellter Erfolg erzielt. E. Levin-Berlin.

Neoreargon als Antigonorrhoikum bei Kindern, von L. Blaschko und W. Trausel, I. Dtsch. Univ.-Kl. Prag. (M. Kl., 1927, Nr. 3, S. 96—98.) Als am leichtesten durchführbare Behandlungsmethode ergab sich Einlegen von Neoreargonbazilli (je ungefähr 0.24 Neoreargon, dreimal täglich, ebenso oft Instillation der Urethra mit 2 ccm 5%iger Neoreargonlösung sowie innerlich 0,3—0,5 Urotropin in das Rektum, Einspritzen 10%iger Lösung oder zweimal täglich Styli. Die Sekretion ließ dabei sehr bald nach, Reizungen wurden nicht beobachtet. Die Erfolge übertreffen die anderer Behandlungsmethoden bei weitem. E. Levin-Berlin.

Über Schädigungen durch Blennosan, von F. W. Gutmann-Berlin-Charlottenburg. (D. m. W., 1926, Nr. 52, S. 2197.) Verf. hat im Verlaufe eines Jahres öfter toxische Erscheinungen nach Blennosan beobachten können. Es stellen sich zuerst Kopfschmerzen ein, dann kommt es zu Hautröte und generalisiertem Exanthem. Ein Fall reagierte auf sechs Kapseln Blennosan mit einer schweren Intoxikation. (Fieber, bläulichrote Flecke am Stamm, Extremitäten, Schwellung des Gesichts und der Hände.) F. Harry-Wiesbaden.

The Treatment of Gonorrheal Vulvovaginitis in Infants by Means of Vaccines (Die Vakzinebehandlung der kindlichen Vulvovaginitis gonorrhoica), von L. V. Blanco und N. M. Villazon-Buenos Aires. (Am. J. of Children Diseases, 1926, Bd. 32, Nr. 6, S. 805—811.) Zur Verwendung in subkutanen Einspritzungen kamen nicht nur Reinkulturen von Gonokokken, sondern auch solche mit Zusätzen der übrigen vorhandenen Keime (Bact. coli, Staphylo-, Streptokokken). Ferner wurden sowohl Auto- als auch Stammvakzine verwendet. Von im ganzen 11 behandelten Kindern wurden 10 geheilt, davon 6 in 1—2 Wochen. E. Levin-Berlin.

Uvalysat, ein neues internes Antigonorrhoikum, von Lucke, Berlin-Niederschönhausen. (M. Kl., 1926, Nr. 52. S. 2005—2006.) Das Präparat wirkt schmerzlindernd, verschlechtert die Lebensbedingungen für den Erreger und erschwert das Übergreifen des Prozesses auf die hinteren Teile. Steigerung der Diurese. E. Levin-Berlin.

Urogenitalapparat

b. Penis, Urethra, Blase

Zur Reposition der Paraphimose, von G. Baumm-Breslau. (M. m. W., 1926, Nr. 51, S. 2169.) Verf. glaubt von einer blutigen Reposition fast immer absehen zu können. Seine Technik der unblutigen Behandlung ist folgende: Rechte ganze Hand faßt die ödematöse Glans und drückt sie mit aller Gewalt hinter den Schnürring zurück. Dann beide Daumen auf die Spitze der Glans, beide Zeige- und Mittelfinger hinter das Präputium, wodurch dann die Reposition leicht gelingt. Gegen das Ausgleiten der Hand nehme man ein dünnes Mullläppchen. H. Colman-Berlin.

Balano-posthites et vulvo-vaginites non vénériennes (Nichtvenerische Balanoposthitiden und Vulvovaginitiden), von F. Balzer. (Progr. méd., 1926, Nr. 50, S. 1855 bis 1858.) Die beiden Affektionen stehen einander ätiologisch gleich, entwickeln sich häufig auf arthritischer oder lymphatisch-arthritischer Grundlage, während eine venerische auszuschließen ist. So können sie, wie an der Hand mehrerer Fälle gezeigt wird, bei Ehegatten auftreten, bisweilen schon gleich im Beginn der Ehe. Die Fälle sind sehr hartnäckig; es besteht eine Neigung zur Entwicklung ekzematöser Erscheinungen, was bei der Behandlung berücksichtigt werden muß. E. Levin-Berlin.

Über Neurofibrome der Harnblase, von K. Heusch, Chir. Univ.-Kl. Charité Berlin. (Zschr. f. urol. Chir., 1926, Bd. 21, H. 3/4, S. 113.) Bei der allgemeinen Neurofibromatose kann es zur Miterkrankung der Harnorgane, insbesondere der Harnblase, kommen. Verf. beobachtete bei einem 53jähr. Manne mit einer generalisierten Hautneurofibromatose, der wegen Harnbeschwerden, plötzlichem Stocken und Unterbrechung des Harnstrahles, dabei Schmerzen bis in die Eichel, in seine Behandlung kam, zwei gestielte, glattwandige, anscheinend ödematöse Gewächsknoten, die von einer unversehrten Schleimhaut überzogen waren und die man mit dem Zystoskop hin und her wälzen konnte. Da sie im vorderen Teil des Blasendreiecks lagen, so verursachten sie das

Digitized by Google

Sistieren des Harnstrahles. Durch Zystotomie entfernt, ergab es sich, daß es sich hier um „viszerale" Neurofibrome handelte. Heilverlauf ungestört, Blasenbeschwerden behoben. Der Pat. hatte sämtliche Eigenschaften des Neurofibromatösen, auch die charakteristische Debilität. A. Rosenburg-Mannheim.

e. Weibliches Genitale

Zur Therapie des vaginalen Fluors, von W. Schmitt, Univ.-Frauenkl. Würzburg. (M. m. W., 1927, Nr. 1, S. 22.) „Vaginthus" (Max Elb) ist ein kolloidales Al-Präparat, 80 Frauen behandelt. Das Präparat wirkt alkalientweichend und sauerstoffördernd und entzieht auf diese Weise neben seiner desinfizierenden Wirkung den pathogenen Bakterien ihre Lebensbedingungen. Technik: Reinigung der Scheide mit H_2O_2, Trocknen mit Gazetupfer und Einstreuen von 4 g „Vaginthus". Daneben eventuell noch Vaginalwandbehandlung mit Arg. nitr. Bei der zweiten Behandlung statt H_2O_2 Reinigung 2 g Borsäureeinstäubung. Ausfluß hörte sehr bald auf; die Dauererfolge waren verhältnismäßig befriedigend. Es empfiehlt sich eine 4—5malige Lokalbehandlung mit „Vaginthus" in Abständen von 8 Tagen bis zu 3 Wochen. H. Colman-Berlin.

Über die Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen, insbesondere der Gonorrhoe mit Röntgenstrahlen, von W. Bär-Düsseldorf. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1926, Bd. 35, Beiheft, S. 23/24) Die Röntgenbehandlung kann bei blennorrhoischen Adnexerkrankungen angewendet werden, da hierbei die Fruchtbarkeit fast stets aufgehoben ist. Sie kommt jedoch erst bei Erfolglosigkeit der hydrotherapeutischen Maßnahmen, der Kälte- und Hitzebehandlung, in Betracht. Bestrahlung mit größeren Dosen ist vorzuziehen, wobei besonders die Ausschaltung der Ovarialfunktion für den Erfolg maßgebend ist. E. Levin-Berlin.

Rektum und Anus

Clinical Variations in Negro-Proctology. The Venereal Factor (Klinische Variationen bei den ano-rektalen Erkrankungen der Neger. Der Einfluß der venerischen Krankheiten), von C. Rosser-Dallas, Texas. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 25, S. 2084.) Verf. steht auf dem Standpunkt, daß fast die ganze schwarze Rasse venerisch verseucht ist, und daß daher die obengenannten Krankheiten sehr oft auf Infektion mit Lues oder Blennorrhoe beruhen. Er fand in 35% keine Ursache, in je 23% Blennorrhoe und Lues und in je 4—7% Tuberkulose, Karzinom, Lepra oder andere Ursachen für die Entstehung von Rektalstrikturen und ähnlichen Erkrankungen. Klinisch kein Unterschied in den gleichen Erkrankungen bei Weißen. H. Colman-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene

Über hormonale Sterilisierung weiblicher Tiere, von L. Haberlandt-Innsbruck. (M. m. W., 1927, Nr. 2, S. 49.) Verf. stellte in Fortführung seiner Versuche im Laufe der letzten 3 Jahre Fütterungen von weißen Mäusen teils mit Ovarial-, teils mit Plazentaupton an, das der Milch täglich 1—2 Monate lang beigefügt wurde. Nach Schluß der Behandlung Kopulation mit öfters ausgewechselten Männchen. Diese Versuche ergaben, daß, wie schon früher bewiesen, durch subkutane, so auch durch interne Verabreichung der genannten Präparate eine hormonale Sterilisierung weiblicher Tiere bewirkt werden kann, und zwar entweder eine andauernde oder nur eine temporäre Sterilität (von 1 bis fast $2^1/_2$ Monaten Dauer). Diese Tatsache, glaubt Verf., wird für die Anwendung der neuen Sterilierungsmethode in der praktischen Heilkunde bzw. Sozial- und Sexualhygiene Bedeutung haben. M. Cohn-Dresden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Gestorben: Dr. Guibert in Tours;
Dr. Groll in Grenoble. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

PROPERTY OF THE RESEARCH LABORATORY OF DERMATOLOGICAL REMEDIES

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 19 (Bd. 84) 7. Mai 1927

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität Odessa
(Direktor: Prof. S. S. Jakowljew)

Erythrodermia chronica universalis[1])

Von

I. A. Matussis, 1. Assistent der Klinik, und Dr. A. M. Stark

Mit 2 Abbildungen im Text

Verschiedene Autoren haben unter den verschiedensten Bezeichnungen Fälle dieser verhältnismäßig seltenen Hautkrankheit beschrieben, und es ist erst Brocq gelungen, diese Frage mehr oder minder zu klären. Brocq teilte die hierher gehörenden Fälle von universalen Ausschlägen unter der Bezeichnung „Erythrodermies exfoliantes généralisées" in zwei Hauptgruppen ein: eine auf gesunder Haut sich entwickelnde primäre, und eine sekundäre, auf dem Boden irgend einer anderen Hautaffektion, z. B. eines Ekzems, der Psoriasis usw. entstehende Erythrodermie.

Die primären Erythrodermien teilt ferner Brocq nach Dauer des Verlaufes in akute, subakute und chronische ein — das alles sind Formen, die fast dasselbe klinische Bild darbieten, die sich aber durch Intensität der klinischen Erscheinungen und Prognose quoad sanationem unterscheiden. Fälle der akuten Form haben eine Dauer von einigen Tagen bis 6 Wochen und gehen in Genesung über. Die subakute Form zieht sich schwer verlaufend drei Monate bis ein Jahr lang hin. Die Fälle dieser Form verlaufen mit Fieber, das allerdings mäßiger zu sein pflegt als bei der akuten Form, und geht mit Kräfteverfall, Durchfällen, Haarausfall und Abstoßung der Nägel einher.

Zur dritten Form schließlich rechnet Brocq Fälle, die sich jahrelang hinziehen, einen noch schwereren Verlauf aufweisen als die subakute Form und nicht selten letal enden. Die akuten Formen der Erythrodermie sind auch unter dem Namen „Erythèmes scarlatiniformes desquamatives généralisées" bekannt. Zu dieser Form gehört auch ein anderer Typus der Ausschläge, der unter der Bezeichnung Pityriasis rubra bekannt ist und in zwei Untergruppen eingeteilt werden muß: 1. Pityriasis rubra gravis chronica Hebra, die gewöhnlich infolge der Lungentuberkulose ad exitum führt. 2. Pityriasis rubra subacuta benigna — umfassend Fälle von subakutem Verlauf, aber mit nicht weniger reichlicher lamellöser Schuppung und ausgesprochener Infiltration der Haut, als sie die erstere Form aufweist. Der Verlauf indessen ist bei dieser Form, wie ja der

[1]) Demonstriert am 26. XII. 1926 in der Dermatologischen Gesellschaft zu Odessa.

Digitized by Google

Name besagt, ein leichter und endet mit Genesung. Hierher gehören die wenig studierten Fälle von Erythrodermie der Neugeborenen, die wahrscheinlich toxischer oder infektiöser Natur sind und unter den Bezeichnungen „Dermatites exfoliatives des enfants à la mamelle" (Ritter v. Rittershain) und „Dermatite exfoliative épidémique" (Savill) beschrieben worden sind.

Was nun die sekundären generalisierten Erythrodermien anbelangt, so entstehen sie auf dem Grund eines vesikulösen Ekzems, der Psoriasis, der Parapsoriasis, seltener auf dem Boden der bullösen Dermatosen, so des Pemphigus foliaceus oder Pityriasis rubra pilaris, wobei entweder die irritierende Wirkung der salbenförmigen Medikamente als ursächliches Moment mit im Spiele ist, oder die Krankheit sich spontan entwickelt. Der Krankheitsvorgang ist ein progredienter, breitet sich allmählich über die ganze Körperoberfläche aus und verwandelt schließlich die Haut in eine kontinuierliche schuppende Fläche.

Hierher gehören auch Erythrodermien, denen man neuerdings öfter begegnet, die auch besser studiert sind, nämlich Erythrodermies prémycosiques, Lymphodermia perniciosa (Kaposi) und die verschiedenen Formen der Leukämide.

Eine ähnliche Einteilung der Erythrodermien in zwei große Gruppen, die primären und sekundären, nimmt auch Darier vor, allein mit dem Unterschied, daß er die prämykotischen und leukämischen Erythrodermien zu der Gruppe der primären chronischen Erythrodermien zählt. In diesem Zusammenhange sei die Meinung von Jadassohn angeführt, der den Begriff der Pityriasis rubra Hebra geändert und erweitert wissen will. Jadassohn ist nämlich der Meinung, daß zu dieser Form alle diejenigen Fälle zuzurechnen sind, bei denen Remissionen mit Rezidiven abwechseln, aber auch vollständige Genesung eintreten kann. Er ist wohl damit einverstanden, daß die Dermatitis exfoliativa generalisata vom Typus Wilson-Brocq und das Erythema scarlatiniforme recidivans tatsächlich selbständige Krankheiten sind, hält aber die Einteilung in Untergruppen, wie sie Brocq vornimmt, für überflüssig, indem er alle übrigen Untergruppen als Modifikationen der Pityriasis rubra Hebra betrachtet.

Mario Oro und Galloway pflichten im großen Ganzen dem Einteilungsprinzip Brocqs bei. Török und eine Reihe anderer Autoren halten dieses ein wenig modifizierte Schema ein.

Aus oben Dargelegtem geht klar hervor, daß Erythrodermiefälle, besonders die der zweiten Gruppe, denen man so selten begegnet, ein gewisses Interesse darbieten, zumal die Frage der Ätiologie vollkommen in Dunkel gehüllt ist. Hinsichtlich der Ätiologie haben wir ja bereits die Meinung Brocqs erwähnt, der Infektionen ebenso wie Intoxikationen verschiedener Herkunft (Mikroben, Medikamente, Nahrung, Autotoxine usw.) anschuldigen zu müssen glaubt. Bei dieser Sachlage dürfte ein von uns beobachteter, im folgenden zu schildernder Fall an sich das Interesse der Dermatologen beanspruchen, denn dieser als Erythrodermia chronica generalisata zu bezeichnende Fall stellt noch ein besonderes Interesse dar, weil er unter dem Bilde der Raynaudschen Krankheit verlief und außerdem sich durch das Vorhandensein von Effloreszenzen auf den Beugeflächen der Extremitäten auszeichnete, wie sie auch Brocq beschrieben

Digitized by Google

hat, während Mello Froilano es unterstrichen hat, daß in seinen drei Fällen von eingeborener Erythrodermie diese Ausschläge dort fehlten.

Der 15 Jahre alte Patient S. N. wurde am 16. X. 1926 in die Klinik wegen eines Ausschlages aufgenommen, der vor etwa 4 Jahren aufgetreten sei. Vor 3 Jahren begann der Ausschlag schuppig zu werden. Nachdem er zuerst von Ärzten seiner Vaterstadt mit Arsenik erfolglos behandelt worden, wurde er uns überwiesen. Eltern sowie 6 Geschwister gesund. Vor einem Jahre Masern, die das Exanthem unbeeinflußt ließen. Pat. von normalem Körperbau, dem Alter entsprechend entwickelt. Eine kontinuierliche Röte nimmt die ganze Hautoberfläche mit Ausnahme der haarbedeckten Kopfhaut sowie zweier 12 × 3 cm großer Flecke ein, die symmetrisch auf Ellbogen und Knien lokalisiert sind. Das Exanthem ist mehr auf den Extremitäten, besonders den Streckseiten, ausgesprochen blaurot, zyanotisch verfärbt. Fingerdruck hinterläßt einen weißen Fleck. Stellenweise, besonders an den Extremitäten, ist die Haut mit kleienförmigen Schuppen bedeckt, die betroffenen Gebieten eine gräuliche Nuance verleihen. Am Rumpfe zeigt die Haut eine rosagelbe, stellenweise ins blaßrosa übergehende Farbe. Auf beiden Seiten des Rumpfes ist der Ausschlag intensiver ausgesprochen.

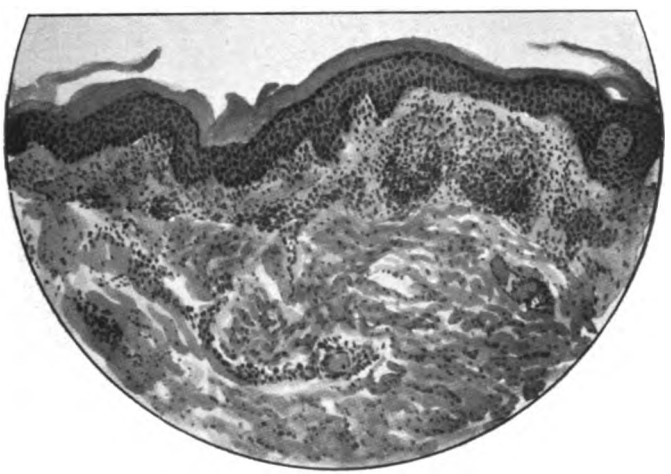


Abb. 1

Bei genauerem Zusehen kann man wohl merken, daß der Ausschlag eigentlich kein kontinuierlicher, sondern ein netzartiger ist. Diese Netzartigkeit tritt in der Richtung zur Mitte des Rumpfes, wo die Haut also rosagelb und blaßrosa verfärbt ist, immer mehr deutlich hervor. Auf der Haut des Halses macht die Netzartigkeit braunen Streifen, denen der Giraffehaut ähnlichen, Platz. Die Haut fühlt sich besonders an den Extremitäten trocken und rauh an, wobei die Volarflächen der Hände und der Füße sich ein wenig kälter anfühlen. Die zyanotische Verfärbung der Haut kommt besonders stark zum Vorschein auf der Dorsalfläche der Unterarme und Hände, verschwindet schnell auf Druck, wobei die vom Druck hinterlassene weiße Farbe nur langsam durch die frühere zyanotische abgewechselt wird.

Bei der Diaskopie der befallenen Haut kommt klar ein kapillarähnliches Netz zum Vorschein, das mit aufhörendem Druck auch verschwindet. Beim Abkratzen der Plaques an den Extremitäten wird die Schuppung intensiver, und nach Entfernung der Schuppung wird eine Kapillarblutung bemerkbar. Schleimhäute normal. Erbsen- bis bohnengroße weiche Inguinal- und Halsdrüsen beiderseits tastbar.

Innere Organe (Prof. Schwarzmann) und Nervensystem — ohne Belang. Die Untersuchung des vegetativen Nervensystems (Pilokarpin, Atropin, Adrenalin) fiel negativ aus. WR negativ. Blutdruck (nach Korotkoff) 115—80. Gesamtzahl der Erythrozyten 6400000; Hämoglobine 95%, Farbenindex 0,74. Gesamtzahl der Leukozyten 7300. Leu-

Digitized by Google

kozytenform: Basophile 1,5%, Eosinophile 5,5%, segmentierte Neutrophile 48%, Lymphozyten 37%, Monozyten 4,5%.

Röntgenoskopische Untersuchung: Herz und Gefäße normal. Ein dem rechten Unterschenkel entnommenes 1 qcm großes Stück Haut wurde der Biopsie unterworfen. Die Schnitte wurden mit Eosin-Hämatoxylin und darauffolgend mit Berlinerblau gefärbt. Histologischer Befund[1]): Verdünnung der Epithelschicht und polynukleäre Infiltration daselbst. Im Stratum papillare und Stratum reticulare Zellenhäufungen, die gelagert sind: 1. rings um die Kapillargefäße, 2. außerhalb der Gefäße und 3. um die Haarbälge herum. Die Zellen aller Anhäufungen gehören zu den Elementen der rundzelligen Infiltration (lymphoide Zellen, winzige epitheloide Zellen und Polyblasten). An den Stellen der Zellanhäufungen sind die Papillen abgeflacht. Die Kapillargefäße des Stratum papillare et reticulare sind ein wenig erweitert und von Blut überfüllt. Drüsen normal. In den Zellanhäufungen massenhaft dunkelbraunes Pigment, das bald innerhalb, bald außerhalb der Zellen gelagert ist. Das Pigment nimmt die Berlinerblaufarbe nicht auf.

Das Fehlen irgend welcher objektiver Veränderungen seitens der inneren Organe bei einer diffusen Hautaffektion, in der die oberflächlichen

Abb. 2

Hautkapillaren besonders schwer betroffen sind, erinnert an die Hautveränderungen, die wir bei Asphyxia localis Raynaud zu beobachten Gelegenheit haben, bei der man ja ebenfalls keinen Zusammenhang der Krankheit mit den inneren Organen ermitteln kann und deren Entstehungsmechanismus noch recht wenig aufgeklärt ist. Die meisten Autoren, trotz der unter ihnen herrschenden Meinungsverschiedenheit in betreff des Entwicklungsmechanismus der Hauterscheinungen bei der Raynaudschen Krankheit, indem die einen das zentrale Nervensystem, die anderen das vegetative Nervensystem anschuldigen, stimmen doch darin überein, daß die Hautveränderungen mit den Veränderungen der Kapillargefäße zusammenhängen, und wenn auch Dehio in pathologisch-anatomischen Fällen

[1]) Die letztere wurde am pathologisch-anatomischen Institut vorgenommen, wofür wir unseren Dank dem Leiter des Instituts, Herrn Prof. M. M. Tisenhausen, und seinem Assistenten Herrn Dr. Glekler aussprechen.

Digitized by Google

Endarteritis und Endophlebitis feststellen konnte, so erklärte doch NONNE diesen Befund für unbeständig. Wir konnten in unseren pathologisch-anatomischen Gewebsschnitten weder in den größeren, noch in den feineren Gefäßen Veränderungen feststellen. Was die Zellenanhäufungen anbelangt, die in der Epithelschicht gelagert sind, so stellen sie wahrscheinlich Muffen der feinsten Kapillargefäße dar. Andererseits sei hervorgehoben, daß das mit Berlinerblau nicht färbbare braune Pigment offenbar Hautmelanin ist, dessen Vorkommen möglicherweise mit dem Zustande der Nebenniere in einem Zusammenhange steht, trotzdem es uns nicht gelungen ist, eine Affektion der letzteren festzustellen.

Es fragt sich nun, zu welcher Erythrodermieform unser Fall zuzurechnen ist. Trotzdem der Verlauf der Krankheit in unserem Falle ein chronischer ist, kann sie dennoch nicht mit einer der bekannten chronischen Erythrodermien identifiziert werden. Das histologische Bild deutet auf geringe Entzündungserscheinungen der Haut hin, die man wohl durch die langdauernde venöse Stauung erklären könnte, allein die klinisch feststellbare langsame Wiederherstellung der früheren natürlichen Hautfarbe nach ausgeübtem Druck, die sich auf den Druck hin einstellende hellweiße Hautfarbe ist eher durch einen Spasmus des arteriellen Netzes und eine darauffolgende venöse Stase der feineren Gefäße zu erklären, die die blaurote Verfärbung der Haut bedingt. Wir glauben deswegen zur näheren Charakteristik unseres Falles der Krankenbezeichnung die Worte „vom Typus RAYNAUD" beifügen zu dürfen. Berücksichtigen wir nun den bereits von RAYNAUD betonten Zusammenhang zwischen Morbus RAYNAUD und der Erkrankung des vegetativen Nervensystems einerseits und den zwischen vegetativem Nervensystem und endokrinem System bestehenden Zusammenhang und ihre Korrelation, sowie die klinischen und pathologisch-histologischen Befunde andererseits, so glauben wir mit Recht für das oben geschilderte, von uns mit dem Namen „Erythrodermia generalisata chronica vom Typus RAYNAUD" belegte Krankheitsbild eine Affektion der Blutdrüsen, hauptsächlich der Nebenniere, postulieren zu können.

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg
(Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. NOCHT)

Zur Malariabehandlung der Frühsyphilis[1])

Von

E. MARTINI

Ich will nicht näher auf die Frage eingehen, ob Malaria tertiana eine leichte oder schwere Erkrankung ist. Unangenehm ist sie sicher. Ferner liegt die größte Bedeutung der Malaria als Volksseuche fast mehr in ihrem ungünstigen Einfluß auf andere Leiden, als in den Wirkungen, welche sie für sich allein hat. Als unbedenklich kann man eine Tertiana wohl nur da ansehen, wo sie auf einen ganz gesunden rüstigen Körper trifft.

---

[1]) Diskussionsbemerkungen im Hamburger Ärztlichen Verein am 22. Februar 1927.

Digitized by Google

Syphilis erwerben aber nicht nur solche Leute. Ist an sich schon die angreifende Syphiliskur in manchen Fällen nicht gleichgültig, so wird zweifellos z. B. die Aktivierung ruhender tuberkulöser Lungenherde durch die Malariainfektion sehr begünstigt werden. Es müssen die Fälle also sehr vorsichtig unter Zuziehung des inneren Mediziners ausgesucht werden.

Eingehende Erörterung verdient aber einmal die hygienische Seite.

Auf der einen Seite werden große Aufwendungen gemacht, ansteckende Krankheiten von unserem Lande fernzuhalten, auf der anderen will man jährlich eine Anzahl Ansteckungsträger ins Volk schicken. Denn es können auch nach der künstlichen Malaria Rückfälle vorkommen. Ob eine Malaria ausgeheilt ist, ist im Grunde nicht viel leichter festzustellen als bei der Syphilis.

Eine ernste Kritik fordert das Gerede von der Gametenfreiheit und mangelnder natürlicher Übertragungsfähigkeit der Impfmalaria.

1. Der Hamburger Stamm hat bis in die 100. Passage Gameten. Wenn Mühlens' letzter Versuch, durch Mücken zu übertragen fehlschlug, so beweist das nicht viel; solche Fehlschläge haben die besten Experimentatoren auch gelegentlich mit Stämmen, welche keineswegs ansteckungsunfähig sind. So las ich vor kurzem erst eine Arbeit von Barber, aus der hervorging, daß bei einem Versuch, Mücken an einem Kranken zu infizieren, der auf 100 Leukozyten 1 Gameten hatte, in einem Versuche von 11 Mücken keine infiziert wurde, etwa 5 Tage später, als auf 100 Leukozyten bei demselben Kranken aber nur noch 0,8 Gameten kamen, von 14 Mücken 9.

2. Yorke und Wright haben nach 53 direkten Menschenpassagen durch $3^1/_2$ Jahre noch die Übertragung durch die Mücken erhalten. In England glaubt man so wenig an den Vorteil der reinen Impfstämme in dieser Richtung, daß man versucht, bei Paralyse zur Übertragung der Malaria durch die Mücken überzugehen, aus demselben Grunde, wie wir gegen Pocken mit Kälberlymphe und nicht mit Kinderlymphe impfen.

Die Ansteckungs- oder Gametenfreiheit der Impfstämme gehört also vorläufig ins Gebiet der Sage. Man kann nur sprechen von einer Gameten- und Ansteckungsfreiheit des Wiener Stammes, ich möchte aber sagen einer „angeblichen".

Bekanntlich ist die Bildung der Gameten lebhafter bei chronischer Krankheit und Rückfällen. James gibt für die Infektion durch die Mücken an: Gameten erscheinen am 7. Krankheitstage, entwicklungsfähig sind die ersten aber erst am 10. Krankheitstage. Das bestätigen frühere entsprechende Beobachtungen anderer Autoren bei der Vogelmalaria. Ob nicht selbst der Wiener Stamm bei Rückfällen Gameten macht, das zu widerlegen hat man — soviel ich weiß — noch nicht einmal versucht, und gerade darauf kommt es für den Hygieniker an.

Daß man bei der Befürwortung der Nichtinfektiosität manchmal etwas rasch ist, zeigt jetzt eine Arbeit von Weiss. Er gibt an, sein Stamm habe vom Herbst 1925 bis Sommer 1926 52 (!!) Menschenpassagen gemacht. Er hat Mücken mit ihm zu infizieren versucht, und die einzigen lang genug erhaltenen 4 Mücken, welche seziert wurden, waren negativ. Schluß: der Stamm hat seine natürliche Ansteckungsfähigkeit verloren. Wie

Digitized by Google

unkritisch, schonend gesagt, ein solcher Schluß ist, geht aus dem oben Gesagten hervor.

Anophelen gibt es überall. Gerade in letzter Zeit war ich auswärts in Mückenangelegenheiten, und ein Psychiater erwähnte auch bei seinen Malariaimpfungen, Gefahren für andere hätte es nicht, denn 1. mache bekanntlich die Impfmalaria keine Gameten und 2. gäbe es in der Nähe seiner Anstalt keine Anophelen. Ersteres habe ich beleuchtet, Anopheles konnte ich dem Herrn Kollegen bei dem ersten Rundgang durch seine Anstalt vorführen, obwohl schon tüchtig Mücken abgesengt waren. Also man muß damit rechnen, daß man einmal eine Hausinfektion bekommen kann, wenn auch die städtischen Verhältnisse im allgemeinen nicht besonders geeignet sind für Malariaübertragung. Über die Umgebung der entlassenen Patienten erfahren wir wenig, und wir können nicht wissen, ob und wen er gegebenenfalls durch Malariarückfälle gefährdet. Kleine Malariaepidemien kommen auch heute noch gelegentlich in Deutschland vor: Emden, Berlin, Magdeburg. Die Menge Virus, die ins Volk geschickt wird, wenn wir jede Syphilis mit Malaria behandeln wollen, und damit die Gefahr, die wir erzeugen, ist wohl nicht zu vergleichen mit der, die die Impfung einiger Paralytiker mit sich bringt.

Wenn bisher keine Ansteckungen durch Impfmalaria bekannt geworden sind, so besagt das wenig. In größeren Städten, wo noch eine gewisse Aussicht für solch Bekanntwerden wäre, ist in der Tat die Malaria in der Regel wenig infektiös. Ob aber der aufs Land zurückgekehrte Impfmalariker angesteckt hat, wird man kaum erfahren, 1. Weil die Diagnose Malaria selten gestellt wird, verliefen doch selbst die Berliner Fälle unter den Diagnosen Grippe, Typhus und anderen, bis in den Kliniken das Blut untersucht wurde. 2. Bei der Art der Malariaübertragung wird es kaum möglich sein, einen bestimmten Malariafall auf einen anderen zu beziehen, zumal die Tatsache, daß in einer Gemeinde Herr NN. Syphilis gehabt hat und mit Malaria behandelt ist, höchstens dem Arzte seines Vertrauens bekannt sein wird, sofern er nicht von vornherein sich an einen auswärtigen Spezialisten gewandt hat.

Weit eher kann man sagen, daß die geringe Zahl der Ansteckungen, die sich an die Kriegsmalaria angeschlossen haben, die Wechselfieber zur Zeit in Deutschland als sehr wenig, aber doch nicht als garnicht, ansteckend erscheinen läßt. Das ist sicher richtig. Nach dem Kriege haben wir aber insofern Glück gehabt, als die ersten Jahre (1919 und 1920) kühl und daher nicht malariafähig waren. Auf das warme Jahr 1921, das an den später durch Salvarsan provozierten Berliner Infektionen schuld sein dürfte, sind wieder drei kühle Jahre gefolgt. Daß wir aber, wenn wir jahraus jahrein eine große Anzahl Malariainfektionsquellen ins Volk schicken, immer dies „Glück" haben werden, ist ausgeschlossen.

Die Malaria als solche dürfte kein spezifisches Heilmittel sein. Bei Paralyse tut ja z. B. Rekurrens ganz dasselbe. Und wenn wir in Anatolien hören, wo jetzt die Malaria mächtig überhand genommen hat, daß sie gemeinsam mit der Syphilis ganze Gegenden entvölkert, so spricht das nicht dafür, daß die Malaria an sich einen Heilwert für die Syphilis hat. Kommt es dagegen bloß darauf an, den Elan zu benutzen, der dem genesenden Körper eigen ist, um mit ihm eine Kur zu verbinden und in dieser Verbindung einen endgültigen Sieg zu erreichen, dann sollte man denken, daß es auch noch andere Wege gäbe, dieses Ziel zu erreichen.

Man wird wohl diese Bedenken nicht so schwer finden, daß sie weitere Versuche mit Malariaimpfungen zur Erforschung ihrer Heilwirkung bei Syphilis verbieten würden, zumal man erwarten darf, daß die großen Kliniken die Malaria nach allen Regeln der Kunst und

Digitized by Google

gründlich behandeln. Aber man kann doch, selbst wenn man die Malaria für einen wesentlichen Heilfaktor hält, kaum eine Technik als allgemein zulässig ansehen, durch die der Arzt die Gesundheit anderer an dem betreffenden Krankheitsfall gänzlich unbeteiligter Personen gefährden kann, selbst wenn unter den heute in Deutschland herrschenden Verhältnissen wirkliche Schädigungen selten sind.

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg (Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Nocht [Klinische Abteilung, Vorsteher: Prof. P. Mühlens])

Zur Malariabehandlung der Syphilis[1])

Von

Dr. Otto Fischer

Die Erweiterung der Indikationsstellung, die die künstliche Infektion mit Malaria zu therapeutischen Zwecken seit den Behandlungsversuchen von Kyrle, Bering und anderen bei Fällen von frischer Syphilis erfahren hat, bringt es mit sich, daß die Malariaimpfung nicht nur bei Menschen angewandt wird, die durch ihre Krankheit erwerbsunfähig und für das Leben unbrauchbar sind und bei denen nur auf diese Weise eine Besserung oder auch ein der Heilung nahekommender Zustand erreicht werden kann. Diese Tatsache begründet die Berechtigung auf die mit diesem Vorgehen für den einzelnen wie für die Gesamtheit verknüpften Gefahren vom Standpunkt des Tropenmediziners hinzuweisen. Bei meinen Ausführungen kann ich mich außer auf die Erfahrungen unseres Instituts bei den zahlreichen hier behandelten Fällen von frischer natürlicher Malaria auf die Ergebnisse stützen, die Prof. Mühlens[2]) in jahrelanger Arbeit gemeinsam mit Dr. Kirschbaum bei der Malariabehandlung der progressiven Paralyse gesammelt hat.

Von allen Autoren wird hervorgehoben, daß wegen der größeren Gefährlichkeit der Tropika zur Überimpfung nur Tertianastämme verwendet werden sollen. Nur Plehn empfiehlt in Fällen von progressiver Paralyse, bei denen das Überstehen einer Tertiana den gewünschten Erfolg nicht erzielen ließ, einen weiteren Versuch mit Tropika. Sicher reine Tertianastämme stehen ja in den verschiedenen psychiatrischen Kliniken genug zur Verfügung, so daß Blut von Fällen mit frischer natürlicher Malaria nicht verwendet werden braucht. Das ist insofern von Wichtigkeit, als bei solchen Kranken auch bei typischem klinischem Verlauf und ausschließlichem Nachweis von Tertianaparasiten im Blut das gleichzeitige Bestehen einer Tropika nicht mit Bestimmtheit abgelehnt werden kann. Es ist dann möglich, daß bei dem infizierten Patienten die Tropika im Vordergrund steht und einen üblen Ausgang herbeiführen kann, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt und unterbrochen wird. Am leichtesten

---

[1]) Nach einer Diskussionsbemerkung im Hamburger Ärztlichen Verein am 8. Februar 1927. — [2]) Mühlens und Kirschbaum, Zschr. f. Hyg. u. Infktkrkh., 1921, Bd. 94, H. 1. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1924, Bd. 28. Mühlens, Neurotherapie, 1923, Nr. 1 u. 2.

Digitized by Google

verlief übrigens nach den Beobachtungen von Mühlens und Kirschbaum die Impfquartana.

Die Kontraindikationen gegen die Durchführung einer Malariatherapie sind oft genug hervorgehoben worden. Eine Wiederholung erübrigt sich daher. Es genügt zu sagen, daß alle ernsteren Erkrankungen von seiten irgend eines Körperorgans, soweit sie nicht durch die Lues selbst bedingt sind, vor der Einleitung einer Fieberbehandlung behoben oder doch weitgehend gebessert sein sollen. Besonders betont sei nur, daß bei Bestehen einer erheblicheren Anämie, wie sie bei Syphilitikern namentlich in älteren, auf eine spezifische Therapie nicht so recht ansprechenden Fällen gar nicht so selten ist, die Einleitung und Durchführung einer hier vielleicht besonders angezeigt erscheinenden Malariabehandlung nur mit größter Vorsicht vorgenommen werden darf. Wer einmal den raschen Abfall des Hämoglobingehaltes oft schon nach wenigen Anfällen gesehen hat, der wird diese Warnung verstehen, zumal bei plötzlich auftretenden schweren Malariaanämien die sonst meist beobachtete schnelle Regeneration des Blutes ausbleiben kann. Mühlens sah einen solchen Fall (Hb. 25 %), bei dem gleichzeitig eine beträchtliche Leberschwellung auftrat. Grant und Silverston[1]) beobachteten einen der perniziösen Anämie ähnlichen Blutbefund.

Wir möchten daher als untere Grenze des Hämoglobinwertes, bei dem eine Malariaimpfung noch in Betracht gezogen werden darf, 45 bis 50 % bezeichnen und unter allen Umständen eine dauernde Kontrolle des Blutfarbstoffgehaltes während der Fieberanfälle verlangen. Es wäre sicher sehr interessant, wenn gelegentlich einmal an einem größeren Material Untersuchungen über den Grad der Blutverschlechterung (Index) im Verlaufe einer solchen Malariakur gemacht würden.

Eine absolute Indikation zur Unterbrechung des Fiebers stellt weiterhin das Auftreten eines Ikterus dar. Das gleiche gilt für Fälle, bei denen es plötzlich zu einer ungeheuren Vermehrung der Parasiten im peripheren Blute kommt. Derartige Beobachtungen sind auch bei der Impftertiana und -quartana gemacht worden (Mühlens). Die Gefahr eines Komas, dessen Auftreten bisher allerdings nur einmal bei Impftropika beobachtet ist (Plehn), verlangt dringend die Einleitung einer entsprechenden Behandlung. Die Vermeidung solcher Zustände erfordert unbedingt eine tägliche Kontrolle des Blutes (dicker Tropfen und Ausstrich) von fachmännisch geschulter Seite, um einem solchen Ereignis, das klinisch oft keine Vorboten zu haben braucht, vorbeugen zu können.

Eine sehr schwere, wenn auch nur recht selten beobachtete Komplikation der Impfmalaria bedeutet die Milzruptur (Trömner und Baltzer, Bachmann). Von den meisten Autoren wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß in der Mehrzahl der Fälle die Milz klein und nicht zu fühlen ist. Sicher aber sind gerade kleine, weiche Milzen bei Einwirkung irgend einer Gewalt (Fall, Stoß, Schlag, auch eine allzu intensive Palpation) noch eher gefährdet, als die derben Tumoren der chronischen Malariker. Jedenfalls muß an die Möglichkeit eines solchen Ereignisses gedacht werden, da hier nur ein sofortiger Eingriff den Kranken retten kann.

[1]) Brit. m. J., 1926, Bd. 29, Nr. 1, S. 117.

Digitized by Google

Bedeutungsvoller sind dagegen die Folgeerscheinungen, die sich bei der zur Unterbrechung der Malaria eingeleiteten Chininbehandlung einstellen können. Es sind in der deutschen und englischen Literatur Fälle von Schwarzwasserfieber beschrieben worden, die allerdings nicht mit absoluter Sicherheit gegen eine paroxysmale Hämoglobinurie abgegrenzt werden können[1]). Daß ein solches Ereignis bei dem stets zweifelhaften Ausgang der genannten Komplikation eine große Gefahr bedeutet, braucht kaum gesagt zu werden.

Häufiger und daher wichtiger sind schwere Fälle von Chininidiosynkrasie, bei denen Hämorrhagien in der Haut und in sämtlichen Schleimhäuten des Körpers auftreten. Dabei kann es zu profusen schweren Blutungen kommen, wie sie Mühlens bei zwei Kranken sah, die beide zugrunde gingen. Der eine Patient hatte allerdings, wie hinterher von den Angehörigen angegeben wurde, auch früher in den Tropen Chinin nicht vertragen. Um derartige unangenehme und bedrohliche Zwischenfälle zu vermeiden, wird empfohlen, vor der Malariaimpfung bei jedem Patienten festzustellen, ob er Chinin verträgt. Und zwar soll zu diesem Zwecke an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 1 g Chinin, eventuell auf mehrere Dosen verteilt, gegeben werden. Zeigen sich dabei Erscheinungen ernsterer Art oder erheblichere Störung des Allgemeinbefindens — hier ist neben den bereits erwähnten Haut- und Schleimhautblutungen heftiges Erbrechen, beträchtliche Herzbeschwerden, starkes Zittern und Schwindelgefühl zu nennen —, so ist jedenfalls von einer Malariabehandlung abzusehen. Es muß aber betont werden, daß auch bei günstigem Ausgang dieser Chininverträglichkeitsprobe keineswegs das spätere Auftreten selbst schwerer Symptome von Chininidiosynkrasie ausgeschlossen werden kann, wie wir immer wieder bei unseren Kranken im Tropeninstitut beobachten können. Das Mittel kann vor der Erwerbung einer Malaria gut vertragen werden, es können sogar bei der Behandlung einer früher durchgemachten Infektion alle Erscheinungen ausgeblieben sein und erst bei einer Neuansteckung die Idiosynkrasie zum Ausbruch kommen. Diese Beobachtungen lehren, daß das Auftreten einer Chininidiosynkrasie wenigstens in manchen Fällen an das gleichzeitige Vorhandensein der Parasiten geknüpft ist, worauf auch die Tatsache hindeutet, daß diese Neigung zu Blutungen häufig nach Heilung der Malaria durch eine vorsichtige Chiningewöhnungskur mit Verabreichung langsam steigender Dosen überwunden werden kann.

Man kann hier allerdings einwenden, daß den durch Chininverabreichung bedingten Komplikationen eine wesentlich geringere Bedeutung zukommt, seitdem wir das Plasmochin besitzen. Dieses neue, synthetisch gewonnene Chinolinderivat vermag in Dosen von 0,08—0,1 g pro die bei der Impftertiana und der Impfquartana eine rasche, sichere und endgültige Heilung zu erzielen, wie im Tropeninstitut in Übereinstimmung mit Sioli und Kirschbaum gezeigt werden konnte. Bei der Plasmochinbehandlung sind aber bisher niemals derartige Symptome gesehen worden, im Gegenteil konnte vielmehr bei Fällen von schwerer Chininidiosyn-

[1]) Schilling und Jossmann, Kl. W., 1924, Nr. 30. Rudolf, Brit. m. J., 1925, Bd. 1, S. 964.

Digitized by Google

krasie wie bei Schwarzwasserfieber eine Heilung der Malaria und zugleich ein Zurückgehen und Schwinden der erwähnten bedrohlichen Erscheinungen beobachtet werden.

Die Impfmalaria zeichnet sich dadurch aus, daß es meist leicht und rasch gelingt, eine endgültige Ausheilung zu erzielen. Rezidive sind im Gegensatz namentlich zu den natürlichen Infektionen mit Tertiana nicht häufig, vor allem wenn die Gesamtmenge des verabreichten Chinins nicht zu klein ist. So wurden bei der mancherorts üblichen Verordnung von je 2 g Chinin an 3 aufeinanderfolgenden Tagen von Yorke[1]) bei 2% der Kranken Rückfälle beobachtet. Grant und Silverston[2]) bestätigen diese Zahlen, während sie bei ebenso behandelten Fällen, bei denen die Infektion durch Mückenstiche erfolgte, 56% Rezidive hatten. Kirschbaum sah bei seinem großen Material bei Gaben von 10 g Chinin einmal ein Rezidiv. Bei Verabfolgung noch größerer Mengen, vor allem bei Durchführung einiger Nachkuren nach Art des Nochtschen Schemas (5 Tage je 1 g Chinin, 4 Tage Pause, 3 Tage Chinin, 4 Tage Pause, 3 Tage Chinin usw., bis 12—15 g genommen sind) dürften sie noch seltener sein und sich vielleicht ganz vermeiden lassen. In diesem Sinne spricht jedenfalls die Tatsache, daß bei Paralytikern, die nach einer längere Zeit zurückliegenden Malariakur aus irgend einem anderen Grunde gestorben waren, bei der Sektion keine Milzvergrößerung, keine Parasiten im Gehirn und keine Pigmentation der inneren Organe gefunden werden konnten (Jakob). Ob eine Impfmalaria wirklich ausgeheilt ist, wird man im einzelnen Falle mit Sicherheit erst sagen können, wenn mehrere Jahre lang kein Rückfall aufgetreten ist. Die Vermeidung von Rezidiven ist aber in epidemiologischer Hinsicht von größter Bedeutung. Kann doch eine solche zunächst vielleicht nicht erkannte Malaria unter günstigen äußeren Bedingungen zu einer Ansteckungsquelle für die Umgebung des Kranken werden.

Denn daß Anophelen sich auch an einem Impfmalariker infizieren und die Krankheit wieder auf andere übertragen können, ist durch das Experiment bewiesen. Schon in ihren ersten Veröffentlichungen heben Mühlens und Kirschbaum hervor, daß sie bei Tertiana in der 40. Passage im Dunkelfeld Mikrogametenbildung beobachten konnten. Bei einer Tropika gelang ihnen unter äußerlich recht ungünstigen Bedingungen im Januar bei einer Temperatur von 23—25° die Übertragung auf Anopheles maculipennis. Es konnte dabei die Bildung von Sichelkeimen in der Magenwand festgestellt werden. Noch günstiger sind die Ergebnisse, über die neuerdings aus England berichtet wird. Dort konnten Grant und Silverston[3]) bei der 12. und 16. Passage einer Impfmalaria die Parasiten auf Anopheles übertragen und mit diesen wieder Menschen infizieren. von Engel[4]) berichtet über die gleichen Ergebnisse bei der 9. Parasitengeneration uud Yorke und Wright[5]) gelang dieser Versuch sogar in der 53. Passage ihres Stammes.

Die Untersuchung des in Hamburg verwandten Stammes, der zur Zeit etwa 100 Passagen durchgemacht hat, ergab, wie wir uns an Prä-

---

[1]) Brit. m. J., 1925, Bd. 2, S. 62. — [2]) l. c. — [3]) l. c. — [4]) D. m. W., 1925, Nr. 42. — [5]) Ann. of Trop. Med. and Paras., Bd. 20, Nr. 3, S. 327.

Digitized by Google

paraten, die uns KIRSCHBAUM in freundlicher Weise zugesandt hatte, selbst überzeugen konnten, typische unverkennbare Gameten in sehr großer Zahl. Es kann also auf Grund der oben mitgeteilten Resultate nicht zweifelhaft erscheinen, daß auch hier bei sorgfältigem Vorgehen die Infektion von Mücken möglich ist. Da aber, wie JAMES[1]) in ausgedehnten sehr sorgfältigen Untersuchungen nachweisen konnte, oft nur ein kleiner Bruchteil der jeweils verwandten Anophelen zur Entwicklung und Weiterverbreitung der Malariaparasiten geeignet ist, so kann das Mißlingen der Übertragung bei Verwendung nur weniger Mücken keinen Anspruch auf Beweiskraft erheben (vgl. die Untersuchungen von WEISS[2])).

Die Beobachtung, daß der in Wien verwandte Tertianastamm schon seit langer Zeit keine Gameten mehr bildet[3]), ist theoretisch ebenso interessant wie praktisch bedeutungsvoll. Das gleiche berichtet PLEHN von einem seiner Stämme, bei dem allerdings ab und zu noch einmal wieder einzelne Geschlechtsformen gefunden werden konnten. Es muß freilich dahingestellt bleiben, ob nicht auch beim Wiener Stamm Gameten zu finden wären, wenn einmal mehr wie 8—10 Anfälle bei einem Patienten abgewartet würden, und vor allem, ob diese nicht bei einem etwa auftretenden Malariarezidiv zur Beobachtung kämen. Diese Vermutung scheint jedenfalls der ab und zu erhobene Befund von Geschlechtsformen bei dem erwähnten gametenfreien Stamm von PLEHN zu bestätigen. Für die praktische Verwendung wird man aus verständlichen Gründen stets einen solchen gametenfreien oder doch gametenarmen Stamm, der therapeutisch gleich wirksam ist, bevorzugen.

So muß denn durchaus daran festgehalten werden, daß die Impfmalaria übertragbar ist und daß von einem infizierten Patienten eine Malariaepidemie ihren Ausgang nehmen kann. Jedenfalls ist es nicht angängig, die Unmöglichkeit einer solchen Ansteckung daraus zu folgern, daß bisher keine derartigen Beobachtungen gemacht worden sind (BERING). Wir haben auch im Tropeninstitut, wo doch fast ausschließlich Fälle natürlicher Malaria liegen, niemals die Erkrankung eines vorher Gesunden gesehen. Aber man wird zugeben müssen, daß die Gefahr einer solchen Übertragung in Deutschland wenigstens durchweg sehr gering ist. Auch wenn in den Krankenanstalten selbst oder in ihrer unmittelbaren Umgebung Anophelen gefunden werden, wie das nicht selten gelang (MARTINI), so sind durchweg die Voraussetzungen, die für eine Infektion der Mücken und die Weiterverbreitung der Krankheit auf andere Menschen erforderlich sind, nicht gegeben. Es muß aber immer damit gerechnet werden, daß die klimatischen Verhältnisse sich wenigstens zeitweise so gestalten können, daß die Bedingungen für eine solche Übertragung günstig sind. Es ist nicht zu vergessen, daß es in Deutschland Gegenden gibt, in denen die Malaria auch heute noch endemisch ist (Emden). Und es ist hier zu erinnern an die 1921 in Berlin aufgetretenen autochthonen Tropikafälle, wie an ähnliche Beobachtungen in Rußland bei der großen Malariaepidemie 1922/23, bei der von einwandfreier Seite sogar in

[1]) Rapport sur les premiers résultats fournis par le travaux de laboratoire sur le paludisme en Angleterre. Publications de la Société des Nations III Hygiene, 1926, III, 6. — [2]) W. kl. W., 1926, Nr. 52. — [3]) BARZILAI-VIVALDI u. KAUDERS, Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1924, Bd. 103, S. 744. W. kl. W., 1926, Nr. 51.

Digitized by Google

Archangelsk an Ort und Stelle erworbene Malariainfektionen beschrieben worden sind.

Diese Überlegungen begründen die im Interesse der Allgemeinheit zu stellende Forderung, die Malariabehandlung nur in einer Klinik durchzuführen, wo es ohne Schwierigkeiten möglich ist, durch geeignete Maßnahmen unter allen Umständen eine Weiterverbreitung der Infektion zu verhüten. Bei Witterungsverhältnissen, die eine Übertragung der Malaria begünstigen, sind solche Kranke stets unter ein Moskitonetz zu legen, was in gewöhnlichen Zeiten nicht nötig ist. Es ist aber weiterhin zu verlangen, daß in solchen Krankenhäusern wie in ihrer Umgebung eine energische Bekämpfung der Mücken bis zu ihrer völligen Ausrottung durchgeführt wird.

Aus dem Dermatologischen Ambulatorium der Drs. Delbanco, Haas und Zimmern

Zur Malariabehandlung der Frühsyphilis[1])

Von

Ernst Delbanco, Hamburg

Die Ausführungen der Herren O. Fischer und Martini vom Hamburger Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, welches in der ganzen Welt als richtunggebend für die Malariaforschung betrachtet wird, geben schon sehr zu denken nach der Seite der Schaffung neuer Malariaherde, wenn die Methode einmal Allgemeingut geworden ist, der Frage, wann eine Malariainfektion als geheilt zu bezeichnen ist, der Frage der vermeintlichen Gametenfreiheit, der Gefahren des Chinins, der schweren Malariaanämie, der plötzlichen Häufung von Parasiten im Blut u. a. Gerade die letzten Bemerkungen von Martini lassen an einen Ersatz für die Malariaimpfung denken. Allgemein wird dabei zugegeben, daß die Malariabehandlung der Paralyse eine unspezifische Reiztherapie von ganz besonderem, geradezu einzigem Charakter und staunenswerten Erfolgen ist. Es ist immerhin bemerkenswert, daß das von Schlayer und H. J. Wolf[2]) in die Therapie eingeführte Saprovitan, ein in den Sächsischen Serumwerken von Böhme hergestelltes lebendes Bakterieneiweißgemisch[3]) aus harmlosen Saprophyten, von Dreyfus und Hanau[4]) aufgegriffen und in die Paralysetherapie eingeführt wurde, um die Gefahrenquote dieser Therapie herabzusetzen. Dabei sind die Paralytiker ohne Malariabehandlung Todeskandidaten, unsere Frühluiker aber Patienten, welchen wir mit einer gewiß nicht bankerotten Therapie helfen konnten. Fieber und Abmagerung sind nach Mulzer, so etwa im Sinne einer Schroth- und Zittmann-Kur, die wirksamen Komponenten der Malariatherapie. Uns ist diese Erklärung sympathisch, wo wir für die umstrittene günstige Beeinflussung der Luesinfektion durch schwere Salvarsanvergiftung — von den übrigen Hypothesen sehen wir hier ab — den Protoplasmaabbau und -Wiederaufbau

[1]) Nach Diskussionsbemerkungen im Hamburger Ärztlichen Verein am 22. Februar 1927. — [2]) D. m. W., 1926, Nr. 33. — [3]) D. m. W., 1926, Nr. 33. — [4]) D. m. W., 1926, Nr. 33.

Digitized by Google

verantwortlich gemacht haben. Der Malariaanämie als Reizfaktors für die blutbildenden Organe hatte WAGNER-JAUREGG schon gedacht. Als neuen Gesichtspunkt können wir den Gedanken vorbringen, daß nach den schönen Untersuchungen von MARTIN MAYER, BORCHARDT und KIKUTH [1]) aus dem Hamburger Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten über die Bartonelleninfektion der Ratten und KIKUTHS Piroplasmosestudien bei Affen [2]) die Milz als ein Organ in Betracht kommt, welches im Körper weilende Infektionen niederhält. Wird die Milz bei den Ratten und Affen entfernt, so werden die bis dahin saprophytisch harmlosen Einschlüsse in den roten Blutkörperchen virulent. Die Ratten und auch die Affen werden schwer anämisch und können an der Anämie zugrunde gehen. So stellen wir uns vor, daß die Milz bei der Syphilis durch die Malaria in diesem eben geschilderten Sinne aktiviert wird, mit klinisch wahrnehmbarer oder nicht wahrnehmbarer Milzschwellung. Wir glauben, daß die Milz auch ohne äußere Formänderung aktiviert werden kann. Die Rolle, welche der Milztumor für die Malariaabheilung besitzt, ist, wie aus KIKUTHS [3]) letzter Mitteilung hervorgeht, dahin geklärt, daß er nach NOCHT und WERNER als ein Zeichen des Abwehrkampfes anzusehen ist. Gerade die chininresistenten Fälle und eine Anzahl sehr schwerer Malariafälle zeichnen sich durch eine sehr geringe Schwellung der Milz aus. MÜHLENS konnte bei zwei milzextirpierten Malariafällen das Auftreten von schweren Tertianarezidivfällen beobachten, das bei einem bald zum Exitus führte. Spielt aber, wie gesagt, die durch die Malaria aktivierte Milz auch für die Lues latens eine Rolle, so eröffnen sich große Gesichtspunkte für die Biologie der menschlichen Syphilis. Vielleicht liegt in dieser Abwehrfunktion der Milz eine Lösung des Rätsels der Malariaparalysetherapie, indem der Körper durch die Milzaktivierung in den Stand gesetzt wird, wieder in eine Abwehr der Spirochaeta pallida einzutreten, unter Umständen sogar im Sinne von JAKOB-Hamburg [4]). Aus der unspezifisch entzündlichen Reaktion des Gehirns soll — das ist sein Wunsch — histologisch ein luisches Gewebsbild werden. Die Berichtigung unserer Annahme würde, bis eine bessere Methode ersonnen ist, die Konkurrenzlosigkeit der Malariaimpfung bedeuten.

Vorderhand nur eine Hypothese, wie es nur eine Prämisse bleibt, daß die Befreiung des Liquors von seinen pathologischen Bestandteilen Vorbedingung ist, um den Luiker aus der Gefahrenzone der Metalues herauszubekommen. Der Skepsis der Eppendorfer Nervenklinik schließt sich auch WILMANNS an.

Von uns selbst stammt aus der Vorwassermannzeit der Begriff der Roseola der Meningen. Mit dieser Meningitis specifica, diesem Frühenanthem, wollten wir die rasenden Kopfschmerzen des Frühluikers erklären. Die sekundären Veränderungen des Liquors bei einem Enanthem der Meningen spielen sich dann unabhängig ab von dem eigentlichen Zentralorgan. Wie mögen die Verhältnisse bei den akuten Exanthemen wie Scharlach, Masern und Variola liegen, deren Prodromalsymptome auf ein Enanthem der Meningen der Zentralorgane hinweisen. Das Lumbalpunktat

[1]) Kl. W., 1926, Nr. 13 u. 30. — [2]) Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1927, Bd. 31, H. 1. — [3]) Kl. W., 1927, Nr. 9. — [4]) Derm. W., 1920, Bd. 70.

Digitized by Google

sollte hier noch mehr durchforscht werden während und nach der Krankheit. Vor wenigen Wochen hat Lust[1]) über paramorbillöse Enzephalitis und ihre Folgen berichtet und seiner und in der Literatur vorliegender Lumbalpunktatergebnisse Erwähnung getan. Es muß schon ein komplizierter biologischer Weg sein, über den die Malaria bei der Syphilis wirkt, ihre guten Erfolge bei der Frühsyphilis einmal zugegeben. Die tierexperimentellen Arbeiten von Schlossberger und Prigge[2]), welche in Kolles Institut mit dem großen Konkurrenten der Malaria, dem Rekurrensfieber, bei der Syphilis und der Framboësie der Tiere gearbeitet haben, haben gegen einen Antagonismus der beiden Parasitenarten entschieden. Die aus dem Blut sehr bald schwindende Rekurrensspirochäte lebt friedlich im Primäraffekt neben der zarteren Schwester weiter. Die Autoren sprechen von einer unspezifischen Reizbehandlung, die vielleicht die Meningen durchlässiger für die Chemotherapeutika macht.

Wir haben genug Nackenschläge im Wechsel der Begeisterungen in der Syphilistherapie erlebt, um verlangen zu können, daß erst dann von strengen Indikationen gesprochen wird, wenn eine Therapie bei einer Krankheit wie der Syphilis, die vorderhand ein Problem ist und bleibt, über Jahre hinaus erprobt ist. Diese Warnung ist um so mehr am Platze, als Reichstag und Reichsrat den neuen Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verabschiedet haben. Auf die Ärzte bleibt die Behandlung der Geschlechtskrankheiten beschränkt. Seien wir darum streng in unserer Kritik bei der Empfehlung einer unspezifischen Methode, um nicht Wasser zu gießen auf die Mühle der Naturheilkunde, die schon lange glaubte, nur mit den großen unspezifischen Mitteln der Sonne, des Lichtes und des Wassers dem Körper den genügenden Elan geben zu können.

Damit soll das gute Recht der klinischen Abteilungen nicht angetastet werden, das biologisch überaus interessante Experiment der Malariafrühluesbehandlung mit allen Kautelen durchzuführen. Über diese Abteilungen hinaus darf die Behandlung noch nicht propagiert werden. Darüber sind wir uns alle einig. Aber diskutiert darf und muß darüber werden, ob, wie wir es schon auf der Düsseldorfer Ärzte- und Naturforscherversammlung ausführten, der Weg gangbar und tragbar ist, der vorschreibt, auf den von der Spirochaeta pallida durchwimmelten Organismus im Sekundärstadium der Lues die Malariaparasiten zu verpflanzen, dem Organismus neben den notwendigen Gefahren des Salvarsans und des Quecksilbers auch noch die nicht unerheblichen des Chinins zuzumuten und dabei öfter den Lumbalsack zu öffnen. Bei der rein wissenschaftlichen Bekämpfung einer Krankheit tritt allerdings der soziale Faktor in den Hintergrund, der in der einschneidenden Maßnahme einer monatelangen Internierung des Kranken gegeben ist.

[1]) M. m. W., 1927, Nr. 3. — [2]) M. Kl., 1926, Nr. 32.

Digitized by Google

Versagen der Röntgenepilation bei Psoriasis

Von

Dr. Walter Treuherz in São Paulo, Brasilien

Bei der betreffenden 23 Jahre alten Patientin war im April 1925 Epilation eines ganz besonders stark befallenen Bezirkes der Kopfhaut mit $1^1/_2$ H gelungen (erzielt durch 5 Min. Bestrahlung bei $^1/_2$ mm Filter, FHD 22 cm). Gleichzeitig auch ohne besondere nebenhergehende Behandlung vollkommenes Verschwinden der Psoriasis an dieser Stelle (Hinterkopf). Totalepilation war verweigert worden. Rezidiv Anfang März 1926. Fünffelderbestrahlung, pro Feld je 29 Min., FHD 22 cm, $^1/_2$ mm Al., etwa 6 H. Keine Spur von Epilation. Bemerkenswert ist hierbei, daß die Psoriasisplaques sich diesmal vollkommen refraktär verhielten, obwohl sie damals noch vor Eintreten des Haarausfalles deutlich Tendenz zur Rückbildung zeigten.

Thallium wurde abgelehnt. Auch dies dürfte interessant sein, zu wissen, daß namentlich hier die von Buschke als so vorteilhaft und leicht angegebene Epilationsmethode auf großen Widerstand stößt, da der Patient notwendigerweise darauf aufmerksam gemacht werden muß, daß die Augenbrauen ausfallen können. Ganz zu schweigen von dem Überdauern der „Sinneshaare", in deren Bezirk die am meisten rebellischen Psoriasisplaques häufig angesiedelt sind.

Versammlungen

Medizinische Gesellschaft zu Leipzig

Vorsitzender: Morawitz

Hueck demonstriert die anatomischen Präparate zu dem am 13. VII. 1926 von Rille vorgestellten Fall von **Pellagra.** Bei der Sektion der 31jähr. Kranken fand sich eine ganz frische, die Oberfläche der Schleimhaut nekrotisierende Entzündung des gesamten Rachens, der Speiseröhre und großer Teile des Magens und Dünndarms. Außerdem ein oberflächliches Geschwür an beiden Ellenbogen, in dessen Umgebung die Haut eine eigentümliche Hyperkeratose aufweist. Im Zusammenhang mit dem klinischen Bild und dem bakteriologischen Befund (Staphylokokken, Gram-Positive und Stäbchen) muß es als wahrscheinlich bezeichnet werden, daß eine — ganz unabhängig von der Pellagra zustande gekommene — frische Infektion den Tod herbeigeführt hat. Dagegen kann die hyperkeratotische Hautstelle vielleicht als spezifisch pellagrös, das Ulkus in ihr als Drucknekrose aufgefaßt werden.

Scholz: Die Untersuchung von Gehirn und Rückenmark dieses Pellagrafalles ergab Veränderungen, wie sie u. a. von Ostertag bei den Bonhoefferschen Fällen beschrieben worden sind, nämlich Einlagerungen einer homogenen, glasigen Substanz in die Ganglienzellen der motorischen Rindenregion, des Nucl. dentatus und der motorischen Vorderhirnzellen des Rückenmarkes. Ähnlich wie bei der retrograden Zellveränderung war das Tigroid in den geblähten Ganglienzellen in staubförmigem Zerfall begriffen oder schon ganz verschwunden und der Zellkern an die Zellwand gedrückt. Außerdem war eine ziemlich lebhafte Reaktion der protoplasmatischen Glia vorhanden, z. T. in Form von spärlichen perizellulären Gliarosetten (Neuronophagien) und z. T. als massenhaft im Hirn- und Rückenmarksweiß verstreute, mit Gefäßen meist in keinem Zusammenhang

Digitized by Google

stehende, rosetten- oder knötchenförmige Gliaherdchen. Entzündliche Veränderungen fehlten vollständig. Aus dem Befunde ist auf einen diffusen, an den vorhin näher bezeichneten Örtlichkeiten der grauen Substanz besonders intensiven Untergang nervösen Gewebes zu schließen.

Rille: Daß der von Hueck histologisch untersuchte schuppende Krankheitsherd vom Ellenbogen meiner Pellagrakranken wirkliches Pellagroderma sei, war mir zunächst wenig wahrscheinlich, da sämtliche der sonstigen im Juli noch vorhanden gewesenen, relativ zahlreichen Erythemherde in der Folge gänzlich geschwunden waren. Auch ist es ja bekannt, daß die pellagrösen Hautveränderungen zwischen Ostern und Pfingsten ihren Höhepunkt zeigen, bisweilen aber bis in den September hinein vorhanden sein können, was überdies je nach den verschiedenen Ländern und Klimaten noch weiter differieren mag. Mitunter bleiben aber auch in Zeiten der Intermission des Leidens geringfügige, für den Pellagrakenner hinreichend deutliche und diagnostisch wertvolle Erythemreste zurück, so runzlige Beschaffenheit oberhalb der Fingergelenke, Rauhigkeit der Vorderarmstreckflächen und besonders beider Ellenbogenhöcker, Abschilferung an den Hohlhänden und die von Sandwith, dem Entdecker der Pellagra in Ägypten, beschriebene „preternatural pinkish cleanliness" der Fingerspitzen, endlich eine an Chloasma uterinum erinnernde Gesichtsverfärbung bei Frauen. Überhaupt darf man sich nicht vorstellen, daß das pellagröse Erythem zu allen Zeiten so typische Erscheinungen darbiete, wie sie in allzu doktrinärer Weise von Merk in seinem sonst so verdienstvollen Werk dargestellt und abgebildet worden sind, worauf bereits Jadassohn und de Probizer hingewiesen haben. Huecks histologische Befunde erinnern übrigens an die schönen mikroskopischen Bilder alter pellagröser Dermatitis von A. Babes jun. und Busila (Cercetari despre Pelagra in Romania, Bukarest 1915).

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Japanese Journal of Dermatology and Urology

1926, Bd. 26, Nr. 7

Über das Vorkommen von Immunstoffen im Serum revakzinierter Menschen, von K. Sato und T. Kuroda, Derm. urol. Kl. Chiba. S. 37. Die zahlreichen Versuche des Verf. fielen fast alle so aus, daß er eine Steigerung der Immunität des Serums auch nach negativ ausgefallener Revakzination annehmen muß, wie ja auch Paschen u. a. es tun. Wenn er sich trotz der vielen eindeutig ausgefallenen Versuche nicht ganz zu dieser Theorie bekennen möchte, so geschieht dies deshalb, weil einige Revakzinierte kurz nach der Impfung von einer Variola befallen wurden. Deshalb faßt er sein Urteil dahin zusammen, daß auch die reaktionslose Wiederimpfung die Immunität mehr oder weniger erneuere.

Experimentelle Studie über die Vakzineimmunität der Kornea. 1. Mitteilung: Über das Vorkommen der viruliziden Stoffe im Serum nach der Korneaimpfung, von T. Kuroda, Derm. Kl. Chiba. S. 38. 1906 berichtet Prowazek, daß sich bei korneal geimpften Kaninchen keine Inaktivierung der Lymphe nachweisen ließe. Die Japaner kamen schon damals zu dem entgegengesetzten Ergebnis. Auch Verf. gelang es jetzt, bei 10 korneal geimpften Kaninchen 15—37 Tage nach der Impfung ohne Ausnahme virulizide Stoffe nachzuweisen. Um die Beziehungen zwischen Kornea + Serum näher zu erforschen, wurden sehr hohe Verdünnungen der Lymphe benutzt. Schon am 5. Tage nach der Korneaimpfung zeigt das Serum die ersten Änderungen, am 14. Tage wurde Lymphe 1 : 6000 verdünnt völlig inaktiviert. Diese prompte Serumveränderung nach der kornealen Impfung läßt sich aber nur damit erklären, daß das Virus von hier aus ins zirkulierende Blut eindringt, auch bei Vakzineimmunität.

Über das Wesen des Angiolupoids, von T. Baba und T. Kôzuma, Derm. urol. Kl. Med. Akad. Osaka. S. 48. Genaue makroskopische und mikroskopische Beschrei-

Digitized by Google

bung eines Falles, des ersten in Japan beobachteten. Auf Grund des mikroskopischen Befundes und der deutlichen Herdreaktion nach Alttuberkulin halten die Verff. das Angiolupoid für eine hämatogene Hauttuberkulose.

Über einen sehr seltenen Fall von primären Präputialsteinen, von H. Wakimoto-Osaka. S. 40. Als Ursache einer Phimose fand sich ein Stein in der Vorhaut (3,2 : 2.6 : 1,5 cm).

Über die Vorbeugung der Salvarsanschäden (3. Mitteilung), von S. Minami, Univ.-Hautkl. Okayama. S. 40. Ein Nachtrag zu der früheren Arbeit des Verf., in der er zur Vorbeugung von Salvarsanschäden empfiehlt, das Medikament in Serum zu lösen. Nach seiner Angabe sollte dieses Serum 1 Stunde lang im Wasserbad auf 65° erwärmt werden. Verf. macht nun folgende Berichtigung: Die Temperatur des Serums selbst muß in dem Teil, der direkt im Wasserbad sich befindet, 60° sein, in dem Teil, der oberhalb des Wärmespiegels ist, etwa 59°. Mit 65° war die Temperatur des Wassers, nicht des Serums angegeben. Das Serum würde bei 65° koagulieren.

1926, Bd. 26, Nr. 8

Experimentelle Studien über die Empfindlichkeit der Haut gegen äußere Reize, von H. Hayashi, Derm. Univ.-Kl. Sendai. S. 71. Beim Kaninchen kann man durch Grünfutterernährung, sowie durch Zufuhr von Kalziumchlorid eine Herabsetzung der Hautempfindlichkeit erreichen. Fütterung mit Getreide (Hafer) oder Verabreichung von Salzsäure oder Injektionen mit oxalsaurem Natrium rufen eine Steigerung der Hautsensibilität hervor. Vitamin A ist ohne Einfluß auf die Entzündungsbereitschaft der Haut. Weitere Versuche zeigen, daß der Salzgehalt des Blutes bei subkutaner Zufuhr nach wenigen Stunden wieder die Norm erreicht hat und ohne wesentlichen Einfluß auf die Hautempfindlichkeit ist. Für die Entzündungsbereitschaft der Haut sind die Salzverhältnisse in der Haut selbst von Wichtigkeit und diese gehen mit den Veränderungen im Gesamtstoffwechsel Hand in Hand.

Eine seltene Hautgeschwürsbildung nach der Appendektomie, von T. Mayeda-Keio, Univ.-Hosp. Tokio. S. 47. Nach einer im Intervall vorgenommenen Appendektomie bildete sich, von der Operationswunde ausgehend, eine trotz aller Behandlung fortschreitende Hautnekrose. Nach 4 Monate langer konservativer Behandlung wurde die ganze Partie exzidiert und paquelinisiert: darauf prompte Heilung. Thiersche Hauttransplantation. Die resultierende Narbe hatte eine Ausdehnung von 34 cm. Bakteriologisch enthielt der Eiter Koli-, Strepto- und Staphylokokken, sowie einen diphtherieähnlichen Bazillus.

1926, Bd. 26, Nr. 9

Studien über die Urtikaria, von K. Sakanone-Fukuoka. S. 45. Verf. hat versucht, experimentell den Mechanismus der Quaddelbildung zu klären. Von den einzelnen Ergebnissen wäre hervorzuheben: Die Erweiterung der Hautgefäße, die bei der Quaddelbildung eine Hauptrolle spielt, wird weniger durch direkte Erregung der Vasomotoren bedingt als durch den Einfluß eines vermehrten sauren Stoffwechselprodukts. Bei fast allen Fällen von Urticaria chronica oder urtikariellen Exanthemen findet sich Hyperurikämie. Atophan vermindert, purinreiche Diät vermehrt die Neigung zur Quaddelbildung. Bei der chronischen Urtikaria spielt die Vagotonie eine Rolle, die Urticaria factitia zeigt Sympathikotonie. Pilokarpin steigert, Atropin vermindert die Quaddelbildung. Der Blutharnsäuregehalt sinkt beim Auftreten des Anfalls, was eben auch für die Vermehrung der Harnsäure in den Geweben zu diesem Zeitpunkt spricht.

A. de Lemos-Hamburg.

Zeitschrift für Urologie

1927, Bd. 21, H. 1

Über Versager nach suprapubischer Prostatektomie, von O. Oppenheimer-Frankfurt a. M. S. 1.

Moulagen als Hilfsmittel beim Studium der Urethroskopie, von M. A. Saigrajeff und F. M. Sokoloff, Staatl. vener. Inst. Moskau. S. 4.

Neuere Anschauungen über die Albuminurie und Pyurie im Kindesalter, von E. Faerber, Univ.-Kinderkl. Berlin. S. 7.

Digitized by Google

Über den Wasser- und Konzentrationsversuch als Nierenfunktionsprüfung bei der Prostatahypertrophie und über die sogenannte Urämie nach Prostatektomie, von G. Düttmann, Chir. Univ.-Kl. Gießen. S. 18.

Über die zunehmende Häufigkeit von Harnsteinen, von G. Praetorius-Hannover. S. 30. Verf. hat im letzten Jahre 105 Steinkranke gesehen, die durch Röntgen, Operation oder zufällig festgestellt wurden. Analytisch waren es meist Oxalate. Er bittet um ausführliche Veröffentlichungen, um eventuell die Ursachen feststellen zu können.

Über Pneumoren, von J. Gottlieb-Moskau. S. 32. Genaue Angabe der Pneumorentechnik. Pneumoren ist indiziert, wenn Zystoskopie und Katheterung unmöglich ist, um Größe, Form und Lage der Niere festzustellen, bei Verdacht einer Zystenniere, bei unklarer Hämaturie, bei Verdacht von Konkrementen oder perinephritischen Verwachsungen und schließlich zur Darstellung der Nebenniere. Pneumoren soll nur bei stationären Kranken angewendet werden. Kontraindiziert bei akuten entzündlichen Prozessen in der Niere oder deren Umgebung, bei Hydro- und Pyenephrose. Die Methode ist einfach und ungefährlich. (Gute Illustrationen.) W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1927, Bd. 8, Nr. 1

Sur la structure des glandes sudoripares (Über den Bau der Schweißdrüsen), von A. Branca. S. 1. Branca fand schon 1911, daß bei den Schweißdrüsen der Achselhöhle im Glomerulus zwei Segmente zu unterscheiden sind. Der von ihm beschriebene Übergangsabschnitt besteht aus myoepithelialen Zellen, wie der sich daran anschließende Sekretionsabschnitt, und aus einem mehrschichtigen Epithel. Holmgren hat die gleichen Beobachtungen gemacht (Anat. Anz., 1922, Bd. 55, S. 553). Der unterste Abschnitt der Schweißdrüse besteht aus einem langen, aufgerollten Gang. Die Schenkel dieses Knäuels sind durch ein lockeres Bindegewebe miteinander verbunden. Die Zellen verarbeiten Fett, Pigment und Sekretionskörner; sie besitzen Chondriosomen, sie haben keine interzellulären Kanäle. Bei der Sekretion stößt sich der obere Pol der Zelle ab, wie dies auch Holmgren fand. Das Schweißdrüsenepithel erneuert sich durch Mitosenbildung. Die Sekretionsprodukte können sich auch im unteren Pol der Zelle anhäufen und werden dann durch Blutkapillaren abgeleitet. Der Übergangsabschnitt ist schmaler und kürzer als der Sekretionsabschnitt. Er bildet einen kleineren und oberflächlicheren Knäuel, der im Fettgewebe liegt. An diesen Übergangsabschnitt schließt sich der Sekretionsabschnitt und daran der Ausführungsgang. Die Zellen des Sekretionsabschnittes werden von interzellulären Kanälen durchkreuzt, die sich in 5 oder 6 Zweige teilen. Der Kutisanteil des Ausführungsganges besteht aus 2—3 Zellschichten. Die oberflächlichen Zellen sind von einer dicken Kutikula überzogen. Im epidermalen Abschnitt nehmen die Zellen den Charakter der verschiedenen durchzogenen Epidermisschichten an. Abbildungen.

Contribution à l'étiologie des nodosités juxta-articulaires de Jeanselme-Lutz (Beitrag zur Ätiologie der juxtaartikulären Knotenbildungen), von I. Olessov-Moskau. S. 22. Beobachtung von 3 Fällen von juxtaartikulärer Knotenbildung: Bei einem 32jähr. Russen besteht seit 6 Jahren am rechten Ellbogen 7 cm unterhalb des Olekranon ein walnußgroßer runder Knoten von fest elastischer Konsistenz, der weder mit dem umgebenden Gewebe noch mit dem Periost verwachsen ist. Die über den Knoten hinwegziehende Oberhaut ist von blauroter Farbe. Am Rumpf und Extremitäten findet sich ein tertiäres Erythem (Fournier). Die Lymphdrüsen sind vergrößert. Anamnestisch ergibt sich für Syphilis kein Anhaltspunkt. Lymphdrüsenpunktat enthält keine Spir. pall., keine Tuberkelbazillen, keine Leprabazillen. WR, zweimal untersucht, positiv. Nach spezifischer Behandlung (Jodkali und 3,9 g Neosalvarsan) verschwindet das tertiäre Erythem unter Hinterlassung einer leichten Pigmentierung. Der Knoten am rechten Ellbogen ist nur noch erbsengroß, die WR bleibt unverändert positiv. Bei einem 63jähr. Pat. befinden sich am rechten Ellbogen vier sich elastisch anfühlende kirschgroße Knoten. Sie zeigen keinerlei Verwachsung mit Haut oder Periost. Am linken Ellbogen sind drei voneinander vollständig getrennte Narben zu sehen. Die WR, die 3 Tage nach Injektion von 0,2 g Novarsolan (russisches Neosalvarsan) untersucht wurde, ergab einen positiven Ausfall. Eine 27jähr. Wäscherin bemerkt an beiden Ellbogen seit einem Jahr ständig wachsende Knoten. Am Rumpf ein typisches tertiäres Erythem, an

Digitized by Google

Unterarmen und Oberschenkel ein papulöses Syphilid. Am Ellbogen findet sich beiderseits 5 cm unterhalb des Olekranon ein Knoten, der rechts haselnußgroß und links etwas kleiner ist. Keine Verwachsung mit Haut oder Periost. Darüber befindliche Haut von normaler Farbe. Ein erbsengroßer, gleichbeschaffener Knoten am Metakarpophalangealgelenk der linken Hand. WR positiv. Eine tropische Affektion, besonders Framboësie, wird ausgeschlossen, weil die Knotenbildungen bei Personen beobachtet wurden, die in Zentralrußland leben. 2 Pat. (Fall 1 und 3) sind zweifellos Syphilitiker, Fall 2 ist syphilisverdächtig. Das Ergebnis der histologischen Untersuchung und der Erfolg der spezifischen Behandlung bei Fall 1 bestätigt die Annahme einer syphilitischen Ätiologie. Für Jeanselmes Annahme eines Traumas bei der Entstehung der Knoten spricht, daß sie bei Fall 2 sich nach einem Stoß entwickelt haben; bei den beiden anderen Pat. (Ofensetzer, Wäscherin) kommt es infolge des Berufes häufig zu einem Trauma der Ellbogen.

Bismuth et fuso-spirochétoses (Wismut und Fusospirochätosen), von **Mangabeira-Albernaz.** S. 34. Folgende Therapie bewährte sich dem Verf. bei der Plaut-Vincentschen Angina: Tägliche Pinselung mit einer Emulsion von Kali-Natrium-Wismuttartrat in Olivenöl, im Verhältnis von 10—30%. (Die Emulsion muß frisch zubereitet werden und hält sich bei Fernhaltung vom Tageslicht mehrere Tage.) Außerdem alle 2 Stunden Gurgeln mit 0,015%igem Kalipermanganat oder 1%iger Wasserstoffsuperoxydlösung. Es gelingt so eine Beseitigung der Schmerzen bereits nach wenigen Stunden. Dieser Behandlung gebührt der Vorzug vor Neosalvarsan, weil sie schmerzlos und wesentlich ökonomischer ist. Zur Behandlung des phagedänischen Ulkus der warmen Länder hat sich Wismut gleichfalls bewährt. Hier wird Kali-Wismuttartrat in Pulverform verwandt und täglich aufgestreut. Schon 2—4 Stunden nach Applikation des Puders verschwinden die Schmerzen, nach wenigen Tagen beginnt die Epithelialisierung. Durch Einträufeln von jedesmal 5 Tropfen einer 30%igen Wismutemulsion (s. oben), deren Stärke nach einigen Tagen auf 10% herabgesetzt wurde, gelang die Heilung einer schweren, durch fusiforme Bazillen und Spirochäten hervorgerufenen Otitis externa in wenigen Tagen, bei der jede andere Therapie versagt hatte. Verf. wandte die Wismutemulsion auch zur Linderung der durch Kaltkaustik von Krypten in den Tonsillen bedingten Schmerzen mit gutem Erfolge an. A. Holländer-Bielefeld.

Bücherbesprechungen

Vorlesungen über Histobiologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen, von J. Kyrle-Wien. (Bd. 2. Preis M. 42,—, geb. M. 44,50. Verlag J. Springer, Berlin 1927.) J. Kyrle hat das Erscheinen des 2. Bandes seiner epochemachenden Histobiologie der Haut leider nicht mehr erlebt. Die Dermatologenschaft Deutschlands trauert mit den Wiener Kollegen dem verdienstvollen Forscher nach. Sein Werk in seinem Sinne zu vollenden, hat die Fingersche Klinik für ihre Ehrenpflicht gehalten und in Doz. v. Planner für diese eben so schwierige wie dankbare Arbeit einen tüchtigen Interpreten gefunden. Bei Bearbeitung des Entzündungsbegriffes richtet sich Kyrle nach der Definition von H. Peiffer, der die Entzündung als Ergebnis von Gegenwirkungen des Körpers, besonders des Blut- und Lymphgefäßapparates auf örtliche Gewebsschädigungen auffaßt. Der Entzündungsreiz ist chemische Reaktion zwischen Noxe und Gewebe. An einer Reihe von instruktiven Abbildungen werden die akuten Erytheme erläutert. Bei den toxischen Erythemen nimmt K. eine primäre Epithelläsion an. Die Reaktionsbereitschaft wird an der Hand der Überempfindlichkeitstheorie Jadassohns erörtert. Im Gegensatz zu den autotoxischen Erythemen und der Urtikaria, die nicht schuppen und von der Kutis ausgehen, verlegt Verf. den Angriffspunkt und die Abwehr der schuppenden toxischen Dermatitiden in die Keimschicht. Bei Besprechung der akuten blasenbildenden Dermatosen werden die ballonnierende und retikulierende Degeneration P. G. Unnas ausführlich beschrieben und mit vorzüglichen Abbildungen erläutert. Es folgt eine ausführliche und kritische Erörterung der Zoster-Varizellenfrage und der Lipschützschen Herpeseexperimente. „Retezellen" wären bei einer Neuauflage besser durch ein präziseres Wort zu ersetzen. Bei dem Bestreben, morphologische Bilder biologisch zu erklären, stellen sich besonders große Schwierigkeiten naturgemäß bei Besprechung der Ekzemgruppe auf. Der Kreibichschen Definition folgend, werden die Entzündungserscheinungen reflektorisch hervorgerufen. Bei der Spongiose spielt die Epithelläsion die Hauptrolle, die mechanische Ödemwirkung nur eine sekundäre Rolle. Bezüglich Differentialdiagnose

Digitized by Google

zwischen Ekzem und Dermatitis verhält Verf. sich reserviert, indem er die Schwierigkeiten der Abgrenzung anerkennt. Auch bei den Impetigines handelt es sich um primäre Epithelläsion, bei der Pemphigusgruppe dagegen um Verdrängungsblasen. Im dritten Teil werden Furunkel, Milzbrand und Ulcus molle gemeinsam abgehandelt, offenbar von morphologisch-klinischen Gesichtspunkten aus, dann anschließend Hautgangrän und Bromoderma, also Prozesse, die über mächtige Infiltrate zur akuten Einschmelzung führen. Der vierte Teil handelt von chronischen und spezifischen Entzündungen. Als Beispiele für spezifische Prozesse dienen Rhinosklerom und Aktinomykose, weil bei diesen nie banale Entzündungen vorkommen. Die chronischen Entzündungen werden eingeteilt in solche, die sowohl eine banale Entzündungsform als eine sogenannte spezifische Reaktionsform (z. B. Tuberkel) aufweisen und solche, die nur die erste Form kennen (z. B. Ekzem). Im nächsten Kapitel Lupus wird die spezifische Bildung des Tuberkels näher erläutert. Ob eine solche Einteilung in banale und spezifische Prozesse, welcher der Glauben an das Bestehen von spezifischen pathologischen Vorgängen zugrunde liegt, sich durchsetzen wird, erscheint fraglich. Es folgt eine kurze Schilderung der Tuberkulose und der Tuberkulide mit sehr guten Abbildungen. Bei den papulo-nekrotischen Tuberkuliden vermisse ich die Hervorhebung der Gefäßläsionen. Die Gefäßerweiterung bei Lupus erythematodes wird mit der kolloiden Degeneration in einen gewissen Zusammenhang gebracht. Nach einem ausführlichen Kapitel über Allergie in dem unter anderem die bekannten Theorien Lewandowskys wiedergegeben werden, folgt ein besonders wertvolles Kapitel, das die bekannten schönen Befunde Kyrles von allergischen Veränderungen bei Boecks Sarkoid wiedergibt. Das Syphiliskapitel ist im Vergleich zu der Fülle des Stoffes etwas knapp gehalten. Die Plasmazellenwucherung wird nicht als spezifisches, sondern als banales Phänomen gewertet, dagegen die tuberkuloiden Veränderungen bei Lichen syphiliticus und bei tertiären Prozessen als spezifische Prozesse zueinander in Parallele gesetzt. Durchaus plausibel wirken die Erklärungsversuche der allergischen Schwankungen und der Inkubationszeiten im Verlauf des ersten und zweiten Stadiums der Syphilis. Die Paralyse wird durch esophylaktische Fähigkeiten des Hautorgans verhindert, sie entsteht dagegen bei angeborener Minderwertigkeit der Haut. Ähnliche Immunitätsverhältnisse finden sich auch bei der Aleppobeule und bei der Lepra. Im Leprakapitel wird jener interessante Fall von bazillenhaltiger Eiterung einer Knotenlepra mit erfolgreicher Überimpfung auf Affen näher gewürdigt. Die letzten Vorlesungen des Bandes enthalten die Kapitel über Lymphogranolomatose mit vorzüglichen Abbildungen von Sternberg-Zellen, Mycosis fungoides und lymphatischer Leukämie. Der besondere Reiz auch dieses zweiten Bandes liegt in der großen histologischen Erfahrung Kyrles und in seiner impulsiven mitreißenden Darstellungskunst, vor allem aber in der vorbildlichen Ausstattung mit vorzüglich ausgewähltem anschaulichem Bildmaterial.

P. Unna jun.-Hamburg.

Wie kann die Menschheit von der Geißel der Syphilis befreit werden? von E. Hoffmann-Bonn. (Preis RM. 2,40. Verlag J. Springer, Berlin 1927.) Mit dieser für weitere Kreise bestimmten Schrift bezweckt Hoffmann, die aus seinen Vorträgen während der Reichsgesundheitswoche in Bonn und auf Veranlassung der D.G.B.G. Berlin gewonnenen Erkenntnisse und Folgerungen möglichst allgemein bekanntzugeben, um bis über Deutschlands Grenzen hinaus gemeinsame Schritte zur besseren und schnelleren Eindämmung der Syphilis anzuregen. Seine Darstellung fußt auf der Überzeugung, daß die Lues sowohl in der primären als in der ganzen sekundären Periode oft früh zu heilen ist und daß damit die Möglichkeit zu ihrer allmählichen Ausrottung gegeben sei. Nur über Stärke und Art der notwendigen Kuren beständen noch Divergenzen der Ansichten; Übereinstimmung herrsche aber schon heute über die Erreichbarkeit einer sicheren Dauerheilung bei genügend hoher Einzel- und Gesamtdosierung. Acht besonders prägnante Abbildungen erläutern den allgemeinverständlichen Text. Hoffmann fordert eindringlich, daß mit der Früherkennung der Krankheit möglichst nur sachverständige Ärze oder Beratungsstellen betraut werden. Am erfolgversprechendsten sei die maximale Frühbehandlung mit mehreren kurz aufeinanderfolgenden Kuren, die zugleich Rückfälle und Übertragungen auf andere am besten verhüten; sorgsame langdauernde Blutkontrolle und Beobachtung des Nervenwassers (Liquors), sowie generelle Blutuntersuchung bei Schwangeren sichere das Heilergebnis und verhüte die Gefahr der Übertragung auf die Nachkommenschaft. Ein Appell an die planvolle Zusammenarbeit der Ärzte mit allen zuständigen Behörden, mit Schule und Elternhaus, bekräftigt den aufmunternden Grundton dieser einleuchtenden Darstellung. F. Callomon-Dessau.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Anatomie und Physiologie der Haut

Ein paar Bemerkungen zu den neuesten Untersuchungen der Hautdrüsen bei den anthropomorphen Affen, von A. Brinkmann. (Anat. Anz., 1926, Bd. 62. H. 11/13, S. 236.) Die Anschauung, daß bei den Menschenaffen keine ekkrinen Schweißdrüsen vorkommen, während sie bei den katarrhinen Affen zu finden sind, ist unrichtig. Sowohl beim Orang wie beim Schimpansen kommen, wie die an 15 verschiedenen Stellen der Körperoberfläche ausgeführten Untersuchungen zeigen, sowohl apokrine wie ekkrine Drüsen vor. Der Orang besitzt aber viel mehr apokrine Drüsen als der Schimpanse; der Schimpanse zeigt in den meisten Hautregionen viel mehr ekkrine als apokrine Drüsen. Bei jungen Tieren können aber die ekkrinen Drüsen noch fehlen; davon abgesehen, sind junge, noch nicht sezernierende Tubuli der apokrinen Drüsen und ekkrine Drüsen einander sehr ähnlich. F. Winkler-Wien.

Sur le comportement des greffes de la peau des amphibiens. Le métamorphose des greffes de la peau larvaire de l'Axolotl sur les amblystomes, von C. Reis. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 28, S. 903.) Beim Axolotl zeigt sich, daß ebenso wie im Salamanderkörper sich eine Substanz findet, welche die Metamorphose der Larvenhaut hervorzurufen vermag. Bei Übertragung eines Hautstückes eines Axolotls auf ein Amblystoma sieht man schon nach 4 Wochen ein Verschwinden der Leydigschen Zellen als Zeichen des Aufhörens des Larvenstadiums. Die beginnende Metamorphose der Haut läßt sich aber bei Transplantation auf eine Larve nicht mehr aufhalten. F. Winkler-Wien.

Le développement de la peau larvaire des amphibiens dans différents milieux. Les cellules de Leydig comme critérium de la métamorphose, von J. Opacki. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 28, S. 900.) Die Leydigschen Zellen in der Haut der Amphibienlarven haben eine sehr wichtige sekretorische Funktion; sie sind nicht etwa unter dem Einfluß des Wassers der Umgebung aus Epithelialzellen hervorgegangen, sondern sind einer ganz bestimmten Zellenkategorie zugehörig, die nur während des Larvenstadiums lebt und gegen Ende der Metamorphose verschwindet. An transplantierten Hautstücken bemerkt man, daß die Leydigschen Zellen unabhängig vom Charakter der Haut des Wirtstieres zugrunde gehen. F. Winkler-Wien.

Beeinflussung der Regenerationsfähigkeit der Haut durch lokale Applikation von Insulin, von D. Adlersberg und A. Perutz, I. Med. Univ.-Kl. Wien. (Kl. W., 1927, Nr. 3, S. 108.) Bei Diabetikern und Nichtdiabetikern konnte man bisher wiederholt eine günstige Beeinflussung von Geschwüren durch subkutane Insulininjektion sehen. Verff. konnten am Tier und in klinischen Versuchen zeigen, daß auch lokale Insulinapplikation die Zelltätigkeit der Haut und damit das Regenerationsvermögen steigert. Hierbei wirkt das Insulin nicht, wie in den früheren Untersuchungen, auf dem Blutwege, sondern direkt peripher, indem es an den Zellen selbst angreift. E. Langer-Berlin.

Die Haut als Schutz- und Immunitätsorgan, von Fr. v. Gröer, Univ.-Kinderkl. Lemberg. (Kl. W., 1927, Nr. 3, S. 97.) In dem vorliegenden Übersichtsreferat gibt der Verf. eine kurze, aber alle wesentlichen Punkte umfassende Analyse zur Frage der Schutz- und Immunitätsfunktion der Haut. Als Grenzorgan zwischen Innen- und Außenwelt reguliert sie die zwischen beiden vorhandenen Spannungen und Reize durch 1. ihren Chemismus, der sich in ex- und sekretorischen Funktionen äußert, und 2. durch ihre Reaktionsfähigkeit. Zur Ausscheidung gelangen im Körper umgebaute Stoffe und Schlacken und der Haut allein spezifische Ausscheidungsprodukte. Der Vorgang erfolgt entweder durch die Hautdrüsen oder durch die kontinuierliche Abstoßung der Epidermis oder durch funktionelle Hauterscheinungen, wie Hyperämie und Quaddelbildung, besonders wohl bei giftigen Ausscheidungsstoffen. Diese Vorgänge können in physiologischer Breite variieren oder pathologisch gesteigert werden. Besonders wichtig in der Eigenschaft als Schutzorgan ist unter anderem die Ausscheidung von Krankheitserregern. Umgekehrt kann die Haut auf exogene Reize reagieren, und zwar entweder nur lokal an der gereizten Stelle, oder sie kann als Fernwirkung die Reizung auf den Gesamtorganismus übertragen. Die gesetzten Reaktionserscheinungen sollen vielfach als Aus-

Digitized by Google

gleich der durch die Reizwirkung gesetzten Gleichgewichtsstörung dienen. Jede Reaktion stellt demnach eine Schutzmaßregel des Körpers dar. Die deutlichste und wichtigste ist die lymphagoge Reaktion, die Quaddelbildung. Sie wirkt auf alle Entzündungsanregungen abschwächend und hemmend. „Je stärker die funktionelle Quaddelbildung, desto cet. par. geringer die Entzündungserscheinungen und umgekehrt". Auch die zweite Reaktionsetappe, die Entzündung, ist eine Schutzwirkung. Ihr folgt die Adiaphorie, eine „abgestimmte oder mehr unspezifische Gleichgültigkeit" des entzündet gewesenen Gewebes gegen neue schädigende Reize. Diese Adiaphorie kann lokaler, aber auch allgemeiner Art sein. Die Fernwirkung auf den Organismus erfolgt entweder auf dem Blut- oder dem Nervenwege. Hier spielen wahrscheinlich die noch nicht näher bekannten Hautinkrete eine hervorragende Rolle. Zu den Fernwirkungen gehören insbesondere der Leukozytensturz, wie auch Wirkung auf den Blutzucker, Stoffwechselbeschleunigung usw. Wenn auch die Frage der Bedeutung der Haut für die Immunität noch ganz verworren ist, so muß man doch zugeben, daß es Mechanismen gibt, die den allgemeinen Immunitätszustand des Organismus von der Haut aus beeinflussen.

E. Langer-Berlin.

Über ein aus der Haut gewonnenes Eiweißderivat mit bemerkenswerten Eigenschaften, von E. Jena und Haupt-Berlin. (D. m. W., 1927. Nr. 6, S. 240.) Jena hat aus der Haut bzw. aus den die Decksubstanz bildenden Eiweißgruppen eine Fraktion isoliert, die bemerkenswerte entgiftende Eigenschaften besitzt. Nach Injektion unbedingt letaler Dosen von Zyankali, Nikotin, Strychnin, Phosphor, Arsen und 2,5 ccm einer 20%igen Eiweißlösung (Detoxin) blieben sämtliche Versuchstiere am Leben. Die entgiftende Wirkung des Detoxins konnte bis zu einer Dauer von 32 Stunden festgestellt werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Allgemeine Physiologie

Über Kapillaraneurysmen, von S. Bettmann, Univ.-Hautkl. Heidelberg. (D. m. W., 1927. Nr. 5, S. 179.) Verf. hält es für wünschenswert, die Bezeichnung Kapillaraneurysmen ausschließlich auf solche Erweiterungen zu beschränken, wie sie sich im Scheitel- oder Schaltstück von Papillarkapillaren finden (Scheitelsäckchen der Kapillaren wird als Bezeichnung vorgeschlagen). Diese Scheitelsäckchen sind stabile Gebilde. Bewegungen des Blutes sind in ihnen nicht wahrnehmbar, nur in einzelnen Fällen sieht man sehr lebhafte Strömungen. Die scheinbaren Konturänderungen bei namentlich größeren Gebilden sind eigenartige Strömungs- und Leerwerdungserscheinungen. Die Prädilektionsstelle der Scheitelsäckchen ist die Streckseite des Oberarmes. Der Mechanismus der Entstehung der Scheitelsäckchen ist noch unbekannt. Soviel steht jedoch jetzt schon fest, daß es sich nicht nur um Auslösungen an den Kapillaren selbst handelt.

F. Harry-Wiesbaden.

Die örtliche Zellenbildung in Gefäßwänden und im Bindegewebe, von W. v. Möllendorff, Anat. Inst. Kiel. (M. m. W., 1927, Nr. 4, S. 135.) Die Fibrozyten des Bindegewebes sind die Quelle dauernder Regenerationsfähigkeit des Körperinnengewebes. Ihre Beanspruchung im normalen Leben ist verschieden; deshalb kommt es im Knochenmark, in der Milz und im Lymphknoten dauernd zur Zellbildung. Über die Frage, wie und aus welchen Zellformen örtlich und im Bindegewebe alle Entzündungszellen sich bilden können, haben subkutane Seruminjektionen an normalen und sensibilisierten Tieren Aufklärung gebracht. Beim normalen Tier sind schon nach einer Stunde im subkutanen und im Koriumbindegewebe pseudo-eosinophile Leukozyten und Fibrozyten zentral, peripher jüngere Leukozytenformen, basophile Rundzellen und Zwischenformen zu finden. Beim sensibilisierten Tier läuft die Entzündung stürmischer ab. Die Wand kleiner Gefäße vermag sehr schnell Leukozyten zu bilden. Beim sensibilisierten Tier besteht schon $^1/_4$ Stunde nach der Reinjektion die Wandung vieler kleiner Venen fast ganz aus Leukozyten. Verf. unterscheidet im Prinzip zwischen eosinophilen, pseudoeosinophilen und typischen Eiterzellen nicht. Granulaarme oder oft granulafreie fragmentiertkernige Eiterzellen entstehen aus eosinophilen und pseudoeosinophilen Leukozyten. Nach M.s tierexperimentellen Befunden ist der Eiterleukozyt die Abbauform des eosinophilen oder pseudoeosinophilen Leukozyten. Ob für die Leukozytenform des Menschen das gleiche gilt, muß noch untersucht werden. Bei Füllung von Venen des Meerschweinchens mit inaktiviertem Hammelserum und physiologischer Kochsalzlösung kommt es schon nach einer Stunde zu stärkerer Leukozytose der Gefäßwand und des Gefäßinnenraums. Als Quelle dieser Leukozytose kommt die Venenwand in Betracht.

A. Holländer-Bielefeld.

Digitized by Google

Antagonismus und Synergismus im autonomen Nervensystem, von E. Schilf. Physiol. Univ.-Inst. Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 5, S. 193.) An einer großen Anzahl von Beispielen übt der Verf. scharfe Kritik an der allgemein üblichen und zum großen Teil gänzlich unbewiesenen Annahme des Antagonismus von Sympathikus und Parasympathikus. Es ist zu wenig über die Physiologie vieler sympathisch innervierter Organe bekannt, und die in der Klinik heute hauptsächlich angewandten Tatsachen beruhen auf rein pharmakologischen Prüfungen. So ist z. B. bis heute noch nicht bewiesen, daß Adrenalin auf den sympathischen Nerven oder sein Endorgan wirkt, sondern nur, daß es im allgemeinen auf Organe wirkt, die von sympathischen Nerven versorgt werden. Auch für unsere Vorstellung der antagonistischen Wirkung von Sympathikus und Parasympathikus auf das Gefäßsystem ist bisher kein Beweis erbracht. Wir wissen nur, daß fast alle Gefäße mit sympathischen Vasokonstriktoren versorgt sind. Man sollte zunächst die Einwirkung von Giften und Ionen unabhängig von Nerven direkt auf autonom innervierte Organe studieren. Es kann ein Nerv in einem Organ sowohl hemmend wie erregend wirken. Der Antagonismus bezieht sich unter Umständen auf die isolierte Tätigkeit zweier Organteile. Es bedeutet aber für die Tätigkeit des ganzen Organs der Antagonismus oft Synergismus. Derartiges können wir am Herzmuskel, an der Blasenmuskulatur und an anderen Organen feststellen. Alle zusammengesetzten Funktionen in einem Organismus geschehen synergisch. E. Langer-Berlin.

Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Keimdrüsen und Hypophyse und therapeutisch-experimenteller Nachweis der zentralen Regulierung der Keimdrüsen beim Menschen, von P. Liebesny, Physiol. Univ.-Inst. Wien. (Kl. W., 1927, Nr. 2, S. 52.) Interessante Versuche durch Bestimmung des Grundumsatzes (G.U.) und der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung (s.-d. W.), den innigen Zusammenhang zwischen den Keimdrüsen und einer zentralen Regulierung zu erweisen. Es ergab sich zunächst, daß bei Kastraten neben einem niedrigen G.U. sich eine hohe s.-d. W. fand. Nach Steigerung der Hodenfunktion dagegen durch Hyperämisierung mittels chemischer Sympathikusausschaltung der Hodenarterie oder durch Diathermie der Hoden, ferner nach Verabfolgung hormonaler Präparate stieg der G.U. und die s.-d. W. sank. Weiterhin zeigte sich aber, daß bei Keimdrüsenunterfunktion durch Diathermie der Hypophysengegend eine Keimdrüsenstörung günstig beeinflußt werden konnte. Verf. möchte auf Grund seiner Beobachtungen und der experimentellen Untersuchungen anderer nicht annehmen, daß es sich hier nur um eine Ergänzungswirkung der Hypophyse handelt, sondern er glaubt vielmehr, daß eventuell trophodynamische Zentren im Vorderhirn als Regulatoren in Frage kommen. E. Langer-Berlin.

Das Hormon des Hypophysenvorderlappens, von B. Zondek und S. Aschheim, Univ.-Frauenkl. Charité, Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 6, S. 248.) Auf Grund ihrer Versuche stellen die Verff. fest, daß das Hypophysenvorderlappenhormon für die Sexualfunktion gewissermaßen den Motor darstellt, indem es den Follikelapparat in Gang bringt, die Follikelreifung auslöst und sekundär in den follikulären Zellen das Ovarialhormon mobilisiert. Von diesem hinwiederum geht eine spezifische Einwirkung auf Uterus und Scheide aus, so daß als Testobjekt für das Vorderlappenhormon Ovarium und Scheide der nichtkastrierten infantilen Maus benutzt werden können. Die Hormonproduktion im follikulären Apparat geht auch nach Zerstörung der Eier durch Röntgenstrahlen noch wochenlang zum Teil zyklisch weiter. Es hört die Produktion erst auf, wenn der follikuläre Apparat durch die Röntgenstrahlen so stark geschädigt ist, daß das Vorderlappenhormon die Produktion des Ovarialhormons nicht mehr auslösen kann. Eine Reihe makro- und mikroskopischer Bilder erläutern den Text. E. Langer-Berlin.

Über viszerale Reflexe auf lokale thermische Hautreize. II. Mitteilung. Magenreflex und paravertebrale Wurzelunterbrechung, von E. Freude, Polikl. Univ.-Inst. f. inn. Med. Berlin. (Zschr. f. d. ges. exp. M., 1927, Bd. 53, H. 5/6, S. 769.) Frühere Untersuchungen des Verf. haben gezeigt, daß durch thermische Wirkung auf die Haut (Wärme mit intensiver Rötung) der Magentonus rasch gesteigert wird, und daß eine rhythmische Peristaltik zur Auslösung kommt. Die Röntgendurchleuchtung zeigt, daß sich unter der Wärmeapplikation ein Pylorospasmus in wenigen Sekunden löst. Bei der Kälteeinwirkung nimmt die Wandspannung dagegen ab, und es tritt eine regellose Peristaltik des Magens in einem dem Wärmetypus entgegengesetzten Sinne ein. Die Wärmeapplikation regt das parasympathische, die Kälteapplikation das sympathische System an. Bei Blockierung der efferenten Bahnen des Magenreflexes durch Alypineinspritzung in das Ganglion intervertebrale am 7.—9. Dorsalsegmente zeigte sich, daß Wärmeapplikation wohl die Haut zu röten vermochte, daß aber die Wirkung auf die

Digitized by Google

Peristaltik und auf den Tonus ausblieb; auch die Wirkung der Kälte rief trotz weißlicher Verfärbung der Bauchhaut keine Tonusveränderung am Magen hervor. Die Ausschaltung von nur einem einzigen Segment veranlaßte eine vermehrte Peristaltik.
F. Winkler-Wien.

Sur la fonction thiopésique et thiooxydante du foie (Über die schwefelspeichernde und schwefeloxydierende Funktion der Leber), von Loeper, B. Garcin und A. Lesure. (Progr. méd., 1927, Nr. 1, S. 9.) Der Schwefel ist ein wichtiger Bestandteil der Leberzelle und ein Bildungselement ihres Pigmentes. Die Leber entzieht dem Blute eine gewisse Menge Schwefel und oxydiert ihn, was aus Vergleichen der Mengen von oxydiertem Schwefel in der V. port. (6%) und der V. subhepatica (11%) hervorgeht. Der Schwefel der Leber stammt aus der Nahrung. Ist bei Lebererkrankungen die Oxydation verlangsamt, so gelangt übermäßig neutraler Schwefel in die Blutbahn.
E. Levin-Berlin.

Eineiigkeitsdiagnose der Zwillinge, von L. Leven-Elberfeld. (Kl. W., 1927, Nr. 1, S. 23.) Antwort auf eine Bemerkung Waardenburgs zu der Frage der Bedeutung der Papillarmuster für den Nachweis der Eineiigkeit. Es handelt sich hier um Verschiedenheiten in der Erbanlage und nicht um Manifestationsschwankungen. Es liegt bei Eineiern nicht völlige Erbgleichheit vor, sondern nur die größtmöglichste Annäherung an eine solche. Die Tastfiguren sind idiotypisch bedingt und können bei Eineiern verschieden auftreten.
E. Langer-Berlin.

Studien über die Leistungsfähigkeit meiner dermatologischen Methode zur Diagnose der Eineiigkeit, von H. W. Siemens, Univ.-Hautkl. München. (Virch. Arch., 1927, Bd. 263, H. 3, S. 666.) Die bisherige Ansicht, daß die Diagnose der Eineiigkeit in erster Linie auf dem Eihautbefund beruhe, trifft nach Siemens nicht zu: Eineier haben nicht immer gemeinsame und Zweieier nicht immer getrennte Eihäute. S. hat sich deshalb bemüht, eine andere Methode zu suchen, und er betrachtet die von ihm schon vor längerer Zeit angegebene, vorwiegend auf dermatologischen Gesichtspunkten aufgebaute Ähnlichkeitsprüfung als zuverlässiger. Sie umfaßt in etwas vervollständigter Form folgende Merkmale: Haarfarbe und -form, Augen-, Hautfarbe, Lanugobehaarung, Sommersprossen, Hautgefäße, Keratosen und Follikulosen, Zunge und Zähne, Gesichtsbildung und Kopfform, Ohrform, Hand- und Nagelbildung, Körperbau. Die dermatologische Ähnlichkeitsprüfung hat den Vorzug, keine besonderen Vorstudien zu erfordern, und sie ermöglicht die Unterscheidung von Ein- und Zweieiern nach des Verf. Ansicht in den meisten Fällen in wenigen Augenblicken. Wenn nun auch die in Rede stehende Methode im allgemeinen für ältere Kinder und Erwachsene in unseren Breitengraden ausreicht, so gibt sie doch nur dann genügend sichere Ergebnisse, wenn sie sorgfältig und gewissenhaft durchgeführt wird. Denn einerseits kommen nach S. bei Eineiern zuweilen Unterschiede in einzelnen Merkmalen, wie z. B. in der Schädelform, Gesichtsbildung, ja in der ganzen körperlichen Entwicklung vor, die weit größer sind, als man bisher glaubte, und andererseits können sich Zweieier relativ hochgradig ähneln. Verf. empfiehlt deshalb, das Schema in zweifelhaften Fällen noch durch die Untersuchung der psychischen Eigenschaften, erblicher Krankheiten und Mißbildungen und solcher Charaktere, die, wie die Papillarlinien, die Kapillaren und die Refraktionsbestimmung der Augen, nur durch hochkomplizierte Methoden zu erfassen sind, zu ergänzen. Bei sorgfältiger Durchführung der Prüfung brauchen keine Fehldiagnosen mehr vorzukommen, und S. fordert die Anwendung derartig systematischer Ähnlichkeitsbestimmungen für alle zu veröffentlichenden Zwillingsfälle. Wenn sich ausnahmsweise einmal ein Fall nicht sicher entscheiden läßt, so liegt das an unserer noch unzureichenden Kenntnis des Verhaltens der meisten Merkmale bei Ein- und Zweieiern.
L. Leven-Elberfeld.

Die Blutgruppenbestimmung in ihrer Bedeutung für die Zwillingsforschung, von E. Wiechmann und H. Paal, Med. Univ.-Kl. Lindenburg, Köln. (M. m. W., 1927, Nr. 7, S. 271.) Durch die Blutgruppenbestimmung ist annähernd bewiesen worden, daß die Siemenssche dermatologische Diagnose sehr geeignet zur Unterscheidung von Ein- bzw. Zweieiigkeit von Zwillingen ist. Die Blutgruppenbestimmung selbst ist nur bedingt brauchbar, d. h. gleiche Blutgruppe beweist nicht Eineiigkeit, dagegen ungleiche Blutgruppe mit Bestimmtheit Zweieiigkeit.
H. Colman-Berlin.

Mikroskopische Technik

Die histologische Darstellung der Lipoide der weißen Blutzellen (neutro- und eosinophile Leukozyten, Mastzellen, Übergangszellen und Mononukleäre) und die Beziehung dieser Lipoide zur Oxydasereaktion, von E. Sehrt-Freiburg.. (D. m.

Digitized by Google

W., 1927, Nr. 4, S. 139.) Methoden zur histologischen Darstellung des Lipoidgehalts der Leukozyten: I. 1. Ausstrichpräparat lufttrocknen, 2. 68%iger Spiritus 1/8 Minute. 3. Einlegen in Küvette mit einer gesättigten Lösung von Sudan III in 68%igen Spiritus 3—4 Stunden. (Zur Herstellung der Lösung Überschuß von Sudan III 1 Min. in 68%igen Spiritus kochen; nur tiefdunkelbraunroten Farbstoff verwenden.) 4. 68%igen Spiritus 15 Sek.; 5. Abspülen in Wasser 1—2 Min.; 6. Färben mit alter Delafieldscher Hämatoxylinlösung 1 Min.; 7. Abspülen in Wasser; 8. Einlegen in Petrischale mit 40 ccm H_2O und 5 Tropfen Salmiakgeist 1/2 Min.; 9. Abspülen in Wasser; 10. 68%iger Spiritus 1/4 Min.; 11. Sudanlösung 3—4 Std.; 12. 1/4 Min. 68%iger Spiritus; 13. Abspülen in Wasser; 14. Nachfärben mit Delafieldscher Hämatoxylinlösung 3 Min.; 15. Einlegen in 40 ccm Wasser mit 5 Tropfen Salmiakgeist 1/4 Min.; 16. Abspülen in frischem Wasser; 17. Glyzeringelatine. — Bei dieser Methode ist der Zelleib mit leuchtend rot-rotgelben und tiefdunkelroten Granula angefüllt, die Kerne sind tiefdunkelblau. Drei weitere Methoden, Modifikationen von Methode I, siehe Original. Bei großen und kleinen Lymphozyten fand sich nie Granulabildung; in roten Blutkörperchen konnte auch kein Lipoid nachgewiesen werden. Zwischen den Sudangranula und den Granula der Oxydasereaktion war eine absolute Parallele nachzuweisen. Nach dem chemischen und physikalischen Verhalten der Leukozytenlipoide handelt es sich um eine Mischung gesättigter und ungesättigter Phosphatide, vor allem von Zerebrosiden. Ohne Anwesenheit dieser Lipoide ist eine Oxydasereaktion unmöglich. Verf. glaubt, daß die Lipoide Sauerstoff an sich reißen. und daß dadurch die Oxydasereaktion zustande kommt. Ob es sich bei den Granula der neutrophilen Leukozyten, der Mast- und Übergangszellen und der Mononukleären auch um Lipoideiweißverbindungen handelt, ist noch nicht zu entscheiden.

A. Holländer-Bielefeld.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Die unspezifische kutane Überempfindlichkeit bei Tuberkulose und bei den sogenannten allergischen Erkrankungen, von K. Hajós und A. Korányi, III. Med. Univ.-Kl. Budapest. (Zschr. f. ges. exp. Med., 1926, Bd. 53, H. 3/4, S. 389.) Bei der Beurteilung der allergischen Hautreaktionen sind einmal die an und für sich verschiedene Reaktivität des Hautorgans sowie die sehr häufigen unspezifischen Faktoren zu berücksichtigen. Neben konstitutionellen Momenten sowie der abweichenden Ansprechbarkeit des pathologisch veränderten Hautorgans auf Reize spielen auch Pigmentierung der Haut und Rassenunterschiede, ferner die Untersuchungsmethodik eine große Rolle. Am verläßlichsten sind die kutanen Proben, da sie weniger unspezifische Reaktionen ergeben. Aber auch hier gab es positive Reaktionen ohne Anzeichen einer gesteigerten Allergie, besonders bei Basedowkranken sowie bei Neurasthenikern mit verschiedenen vasomotorischen Störungen. Eine auffallend häufige Proteinüberempfindlichkeit zeigten Tuberkulöse, was bei Asthmatikern, Ekzematikern, Urtikariafällen usw. leicht zu Fehldiagnosen führen kann.

B. Peiser-Berlin.

Complement and its Clinical Evaluation (Komplement und seine klinische Bedeutung), von F. Herb-Chicago. (Med. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 1, S. 12—16; Nr. 2, S. 94—97.) Komplement ist für die Wirkung von Fermenten erforderlich; es handelt sich wahrscheinlich um einfache chemische Substanzen, die erst in Verbindung mit den bezüglichen Fermenten bakterizid werden. Es gibt intrazelluläre (im Kern aufgespeicherte) und extrazelluläre Komplemente; sie werden nicht von den Zellen gebildet, sondern mit der Nahrung zugeführt. Vitamine, die als anabolische Komplemente aufzufassen sind, verhalten sich ganz wie andere Komplemente, ebenso verhält es sich mit den Trephonen, die in großen Mengen von embryonalen Geweben verarbeitet werden. Während des Verlaufes des Stoffwechsels ist für die Zersetzung des Proteins Komplement erforderlich, das in gleichem Maße mit der Zersetzung verbraucht wird, während Ferment bei seiner Einwirkung nicht zerstört wird. Bei der Vermehrung pathogener Keime besteht die Gefahr darin, daß damit eine Vermehrung fremder Proteinkörper verbunden ist, zu deren Zersetzung größere Komplementmengen erforderlich sind; deshalb muß das Bestreben der Natur dahin gehen, durch das Komplement zunächst die Mikroben abzutöten und dann erst ihre Körper zu zerstören. Tod durch akute Infektionskrankheiten beruht auf Komplementmangel und ließe sich vermeiden, wenn unter Aufgabe der törichten Antitoxintheorie die erforderlichen Komplemente aufgesucht würden. Bei chronischen Infektionskrankheitan ist der Komplementverlust ein langsamerer; so bei der Syphilis, deren Symptome mehr oder weniger darauf beruhen.

Digitized by Google

Ebenso beruht darauf die Hypersensibilität der Haut und der Gewebe, die Sensibilisierung und Immunität begleitet. Die durchaus mögliche Auffindung der Komplemente würde die besten Heilmittel für die Behandlung der Infektionskrankheiten an die Hand geben. E. Levin-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Gibt es eine mechanische Idiosynkrasie, von E. Urbach und M. Steiner-Wien. (W. kl. W.. 1927, Nr. 6, S. 188.) Mitteilung eines Falles, bei welchem durch Gerstenstaub eine starke Hautreizung in der Jugend und dann nochmals im 57. Lebensjahre hervorgerufen wurde. Aus ihren Experimenten schließen die Verff., daß nicht chemische, sondern physikalische Momente (mit schwacher Vergrößerung bereits sichtbare, ungemein spitze zahlreiche Haare, die hochgradig mit Kieselsäure inkrustiert sind) die Reizung hervorrufen, daß aber im vorliegenden Falle eine Idiosynkrasie vorliegt, da Pat. auch auf starke Verdünnungen des Staubes reagiert. M. Cohn-Dresden.

Sur l'étude du dermographisme chez des sujets sains (Untersuchungen über Dermographismus bei Gesunden), von J. Russetzki. (Gaz. des Hôp., 1927, Nr. 8, S. 125 bis 127.) Die Untersuchungen ergaben übereinstimmende Befunde für die Vorder- und Hinterfläche des Körpers, an denen beiden sowohl der rote wie der weiße Dermographismus an verschiedenen Stellen verschiedene Stärke und Dauer zeigen. Der rote Dermographismus hat seine größte Intensität im oberen Abschnitt des Rumpfes und schwächt sich von da nach den distalen Enden der Extremitäten ab. Der weiße Dermographismus ist am intensivsten am Schenkel, ungefähr gleich am ganzen Bein, und vermindert sich ganz plötzlich nach der Brust und den oberen Extremitäten zu.
E. Levin-Berlin.

Die Pathologie der menschlichen Kapillaren, von O. Müller, Med. Kl. Tübingen. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1927, Nr. 4, S. 105.) Zusammenfassende Arbeit.

Einige Übereinstimmungen im Stoffwechsel der Karzinomzellen und Exsudatleukozyten, von A. Bakker, Physiol. Univ.-Inst. Groningen. (Kl. W., 1927, Nr .6, S. 252.) Die Exsudatleukozyten können die notwendige Energie auf 2 Wegen beziehen: 1. Wie alle Gewebe können auch sie die Nahrungsstoffe auf chemischem Wege verbrennen. 2. Sie können sich durch Gärungsprozesse erhalten. In Übereinstimmung mit den Warburgschen Untersuchungen an Karzinomzellen konnte Verf. bei den Exsudatleukozyten feststellen, daß sie auch aerob Traubenzucker in Milchsäure spalten. In welchem Entwicklungsstadium dies die Leukozyten vermögen, ist vom Verf. noch nicht festgestellt; er kann aber bereits mitteilen, daß die Knochenmarkzellen diese traubenzuckerspaltenden Eigenschaften nicht besitzen. E. Langer-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Behandlung chirurgischer Entzündungen mit grauer Salbe, von Chr. Schöne-Stollhamm. (M. m. W., 1927, Nr. 7, S. 284.) Verf. wendet die graue Salbe bei allen möglichen akuten Entzündungen, besonders der Achselhöhlen-Schweißdrüsenentzündung und der oberflächlichen Mastitis, an. Schnelle Rückbildung selbst bei verschleppten Fällen. Inzision fast nie nötig. Technik: Mindestens 5 g Ungt. cin. auf Mull streichen, auflegen. Darüber wasserdichter Stoff. Mit Heftpflaster fixieren. Verband 3—6 Tage liegen lassen.
H. Colman-Berlin.

Die Beseitigung des Entzündungsschmerzes durch Gewebsalkalisierung, von W. v. Gaza und B. Brandi, Chir. Univ.-Kl. Göttingen. (Kl. W., 1927, Nr. 1, S. 11.) Die Versuche der Verff. wurden an akut entzündlichen, infektiösen Prozessen angestellt, so bei Furunkulose, Phlegmonen, Schweißdrüsenabszessen, Ulkus verschiedener Ätiologie, Erysipel usw. Es zeigte sich dabei, daß man durch die Gewebsalkalisierung schnell und mit gewisser Dauerwirkung den Schmerz beseitigen kann. Auf diese Weise konnte die Annahme eines Zusammenhangs zwischen Schmerz und ebenso Juckempfindung einerseits und H-Ionenkonzentration andererseits aufs neue praktisch erwiesen werden. Es läßt sich demnach durch die Absättigung saurer Valenzen mit alkalischen Pufferlösungen der Heilungsvorgang beschleunigen, so daß durch die Gewebsalkalisierung nicht nur der Schmerz beseitigt, sondern auch eine schnellere Heilung erreicht wurde. Die Alkalisierungsversuche wurden vorgenommen mit dem sekundären Natriumphosphat.
E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Die Eigenbluttherapie bei Komplikationen der Gonorrhoe und bei einigen Hautkrankheiten, von L. Wolpjan. (Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. [Russisch], 1926, Nr. 11.) Die Eigenblutbehandlung gibt bei akuter blennorrhoischer Epididymitis vorzügliche Resultate, welche diejenigen der Lakto- und Vakzinetherapie übertreffen. Dasselbe ist der Fall bei akuten Ekzemen und bei Furunkulose. Als unterstützendes Mittel, in Kombination mit anderen, ist diese Behandlung zu empfehlen bei akuter und chronischer Prostatitis, wie bei chronischem Ekzem, Acne vulg. und zuweilen bei Impetigo vulgaris. A. Jordan-Moskau.

Neuere Anzeigen der Gewebsdurchwärmung und Elektrokoagulation, von G. Nobl und O. Glassberg, I. Derm. Abt. Allg. Polikl. Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 7, S. 220) Gute Erfolge von Diathermie wurden beobachtet bei Acrodermatitis atrophicans, Sklerodermie, auch solchen Fällen, die im Stadium der Induration mit Sklerodaktylie einhergingen. Durch Schilddrüsendiathermie (in querer Richtung durch das Organ, Strom von 0,5—0,7 Ampère, Dauer 25—30 Minuten) wurden weitgehende Besserungen erzielt. Die schmerz- und krampfstillende Wirkung der Diathermie wird hervorgehoben; Dauerwirkungen bei Röntgenkeratomen und exulzerierten Röntgenkarzinomen. Mit Strömen von 0,3—0,5 Ampère wurden Dauerwirkungen erzielt. — Die antibakterielle Wirkung des Hochfrequenzstromes bezweifelt Verf. und warnt vor Anwendung bei den akuten und subakuten blennorrhoischen Komplikationen. — Die Elektrokoagulation ist anwendbar bei Granulationsgeschwülsten, Neubildungen, Pigment- und Gefäßwucherungen, besonders schonend zur Entfernung bei Hypertrichosis. M. Cohn-Dresden.

Über Joddermasan und den Jodnachweis im Gewebe, von Th. Hühne, Chir. Univ.-Kl. Leipzig. (M. m. W., 1927, Nr. 4, S. 154.) Dem Joddermasan schreibt Verf. eine hohe therapeutische Wirkung bei tuberkulösen Drüsenpaketen, bei kutanen und subkutanen Infiltrationen, entzündlichen Hämorrhoiden, Neuralgien, Muskelrheumatismus und kleinen eitrigen Wunden u. a. zu. Die so glänzende und vielseitige Wirkung erklärt Verf. aus dem Tierversuch, indem er bei Kaninchen in Schnitten, die 15 Minuten bis 6 Stunden nach der Einreibung mit Joddermasan angefertigt wurden, das Jod in Talgdrüsen, Haarbälgen und im Korium nachweisen konnte, und zwar nicht in den Zellen, sondern zwischen ihnen gelagert. Auch in Zupfpräparaten aus der Oberschenkelmuskulatur waren die Konturen normaler Muskelfasern dunkelbraun gezeichnet. M. Cohn-Dresden.

Über die Wirkung von Strontium und Brom (Ekzebrol) auf Hauterkrankungen, von E. Kadisch und H. Ritter, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Charlottenburg. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 1, S. 46.) Die im Strontiumbromid, dem sogenannten Ekzebrol, vereinigten sedativen Wirkungen des Broms und „gefäßdichtenden" Eigenschaften des Strontiums üben auf die urtikariellen, angioneurotischen Symptomenkomplexe der Hauterkrankungen eine günstige Wirkung aus, wie es auch theoretisch zu erwarten ist. 65 Fälle (akute und chronische Ekzeme, Pruritus, Dermatitiden und Urtikariafälle) wurden der Ekzebrolbehandlung unterworfen. In allen Fällen war eine Beeinflussung des quälenden Juckreizes vorhanden, die mit der Wiederholung der Injektionen deutlicher wurde. Ekzeme, Dermatitiden und Urtikaria wurden durch das Ekzebrol oft so günstig beeinflußt, daß indifferente Therapie zur Abheilung genügte. Nennenswerte Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Th. Lilienstein-Hamburg.

Zur Frage der Desinfektion der Haut, von P. Seeliger, Chir. Univ.-Kl. Freiburg i. B. (D. m. W., 1927, Nr. 8, S. 321.) Verf. empfiehlt das von Trommsdorf-Aachen hergestellte Präparat „Dijozol" (dijodierte Phenolsulfosäure). Die klinische und experimentelle Prüfung des Präparates ergab starke bakterizide Kraft, Unschädlichkeit für normales Gewebe und im Gegensatz zu Jod-Alkohol- bzw- Jod-Benzollösungen einen konstanten Jodtiter. F. Harry-Wiesbaden.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 20 (Bd. 84) 14. Mai 1927

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Franz-Josef-Universität in Szeged (Vorstand: o. ö. Prof. Dr. F. v. Poór)

Favus capitis unter dem Bilde einer Folliculitis sclerotisans

Von

Priv.-Doz. Dr. K. v. Berde, Adjunkt der Klinik

Mit 5 Abbildungen im Text

Die Ansicht Ehrmanns über den staphylokokkogenen Ursprung der Folliculitis sclerotisans und über die prädisponierende Rolle jener Follikel, welche besonders stark in die Tiefe dringen oder mehrere Haarschäfte umgeben, wird heute trotz entgegengesetzter Ansicht mancher älteren namhaften Forscher (Unna, Darier usw.) von den meisten Autoren geteilt (Gans). Neben diesen prädisponierenden Momenten wird von einigen noch der keloidbildenden Konstitution, von anderen mechanischen Faktoren (Kragen usw.) beim Entstehen der Krankheit eine Rolle zugeschrieben; daß diese Krankheit nur Erwachsene und mit ganz wenigen Ausnahmen nur Männer betrifft, darüber herrscht kein Meinungsunterschied.

Es sei hier ein Fall mitgeteilt, bei dem ein seit Jahrzehnten bestehender Favus capitis nicht nur das klinische, sondern auch das histologische Bild der Folliculitis sclerotisans nachahmte.

G. J., 38 Jahre, Arbeiterfrau. Aufgenommen am 20. IV. 1926. Leidet angeblich seit 30 Jahren an einer Krankheit der Kopfhaut, wodurch sie einen beträchtlichen Teil ihrer Kopfhaare verloren hat. Von der Krankheit wurden auch ihre 4 Kinder befallen. Sehr gut entwickelte und wohlgenährte Frau, innere Organe o. B., die behaarte Kopfhaut ausgenommen, Haut und sichtbare Schleimhäute normal. Das Kopfhaar ist am Rande des Kopfes in einer Breite von etwa 1—3 Querfingern unversehrt. Das dunkelblonde Haar ist hier weich, dünn; Follikel, aus denen mehr als ein Haarschaft entspringt, sind hier kaum zu sehen. Innerhalb dieses normalen Haarkranzes, dessen Grenzen zwar scharf sind, aber unregelmäßige Ausbuchtungen zeigen (Abb. 1), ist an der Haut eine eigentümliche Gruppierung progressiver und regressiver Veränderungen zu sehen. Während in der Scheitel- und Stirngegend die narbige Atrophie dominiert, ohne daß Zeichen einer Entzündung oder Auflagerung zu sehen wären, ist die Schläfen- und insbesondere die Nackengegend teils mit gelblichgrauen, trockenen, bröckligen Auflagerungen bedeckt, teils sind die Haarschäfte durch gelbliche klebrige Krusten miteinander verklebt. Nach Entfernen dieser Auflagerungen und Krusten zeigt es sich, daß an dieser Stelle, insbesondere in den Randpartien, wo der offenbar zentrifugale Prozeß am frischesten ist, die Farbe der Haut blaßrot, ihre Oberfläche infolge zahlreicher höckeriger Furchen und trichterförmiger Vertiefungen uneben und matt glänzend ist; dabei zeigt sie kahle Windungen, welche sich 4—5 mm über das Niveau der normalen Haut erheben und der Haut das Aussehen eines steifen und kompakten Gebildes verleihen. An diesen Windungen sind weder Haare noch Follikel zu sehen, um so mehr aber in den Furchen und Trichtern, wo stellenweise auch mehrere Haarschäfte zu ent-

Digitized by Google

springen scheinen, und an einzelnen Follikelöffnungen bis hirsekorngroße Pusteln zu sehen sind. Am deutlichsten sind diese Veränderungen an der linken Seite des Nackens zu sehen (Abb. 2), mehr oder weniger aber auch an allen Randpartien mit Ausnahme des Scheitels und der rechten Schläfengegend (Abb. 1). An den veränderten Stellen sitzen die Haarschäfte fest in ihren Follikeln, ihre Farbe ist im Vergleiche zu jenen der gesunden Stellen blaßgrau, die Konsistenz unverändert, mikroskopisch sind in ihrem Innern dicht parallel nebeneinanderliegende, bis an die Haarwurzel reichende, aus langen Gliedern zusammengesetzte Pilzfäden zu sehen. In den Bröckeln der Auflagerungen finden sich zahlreiche große rauh- und dickwandige Sporen. Die Pilzkolonie, welche aus Stückchen dieser Haarschäfte und Auflagerungen auf Maltoseagar aufgeht, zeigt sowohl makro- als auch mikroskopisch die Eigenschaften des Achorion Schönleini. Der Inhalt einiger unversehrter an den Follikelöffnungen gelegener unter sterilen Kautelen eröffneter Pusteln ergab im Strichpräparat neben polymorphkernigen Leukozyten bloß Pilzsporen, auf Bouillonagar aber wuchs aus den meisten Kulturen Achorion und bedeutend seltener Staphylococcus aureus.

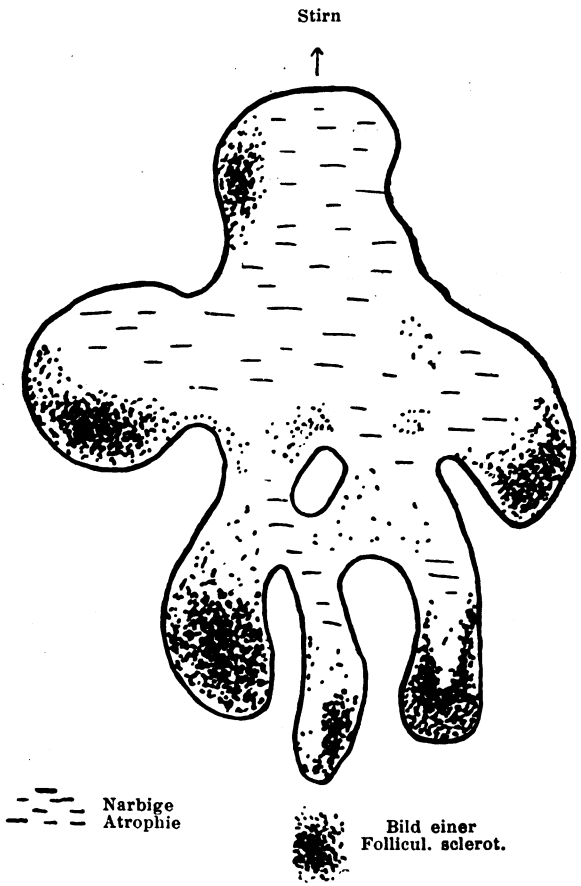


Abb. 1. Ausbreitung und Form der Veränderung an der behaarten Kopfhaut. (Schematisch, $^1/_5$ natürlicher Größe)

Aus dem in Abb. 2 dargestellten erkrankten Gebiet wurde ein ziemlich großes Stück herausgeschnitten, welches mehrere Windungen und Furchen und dabei mehrere aneinandergedrängte Haarfollikel enthielt. Einbettung in Paraffin, Färben mit Hämatoxin-eosin, van Gieson, Methylgrün-Pyronin, Polychr. Methylenblau und mit saurem Orzein. (Bei diesen Arbeiten hat mir Herr Putnoky vom pathologisch-anatomischen Institut in liebenswürdiger Weise geholfen.)

Im histologischen Bilde sieht man überall eine gesunde, obzwar stark verdünnte Epidermis, um so auffallender ist daher die verhältnismäßig große Breite des Stratum granulosum. Fremde Zellelemente sind in der Epidermis nicht zu sehen.

Das Korium ist fast bis auf das Zweifache verdickt. Die Papillen sind stark abgeflacht, die Epidermis liegt stellenweise glatt dem Korium an, der obere Abschnitt des letzteren ist im Vergleiche zum mittleren zellarm, seine mäßig erweiterten Gefäße werden von einem schmalen, hauptsächlich aus Plasmazellen bestehenden Infiltrat umgeben. Um so

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORY

zellreicher ist der mittlere Abschnitt des Korium, welcher drei gut erkennbare Veränderungen kennzeichnen: die fast kavernös erweiterten Blutgefäße, die in großen Mengen vorhandenen naevusnestartig angehäuften Plasmazellen und die starke Vermehrung des Kollagens. An der kavernösen Erweiterung nehmen nur die größeren Venen teil, deren Wände an keiner Stelle von Infiltraten umgeben sind; ihre Lumina klaffen sozusagen frei zwischen den Fasern des in diesem Abschnitt an Fibroblasten reichen Korium (Abb. 3). Die Plasmomata liegen in der Umgebung der kleinen Gefäße, in größerer oder kleinerer Entfernung von den Follikeln. Die Scheiden der Plasmazellen mehrerer benachbarter Gefäße bilden ineinander verschlungen unregelmäßige verzweigte, aber geschlossene und mehr weniger scharf konturierte Häufchen, unter deren Zellelementen sich auch einige Mastzellen, aber keine Lymphozyten finden (Abb. 3).

Abb. 2.
Partie der linken Seite der Nackengegend

Die Vermehrung des Kollagens ist nicht gleichmäßig. Weiter entfernt von den Follikeln, in der Gegend der plasmazelligen Infiltrate, ist die Dicke und Anordnung der einzelnen Fasern normal, obzwar die Fasernstruktur hier ziemlich dicht ist; einen Unterschied gegenüber dem normalen Bilde bilden bloß die große Menge der Fibroblasten. Dieser Abschnitt des Koriums zeigt ein jüngeres Stadium der pathologischen Gewebevermehrung (Abb. 3). In der unmittelbaren Umgebung der Follikel hingegen, wo das Kollagen stark vermehrt ist und seine schlingenförmigen Bündel die sonst erweiterten Gefäße zu engen Spalten zusammenpressen, ebenso die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen, und ferner auch die flachkernigen Bindegewebszellen zu dichten Gruppen zusammendrücken, sieht man das Bild eines älteren Stadiums der pathogenen Gewebevermehrung (Abb. 4).

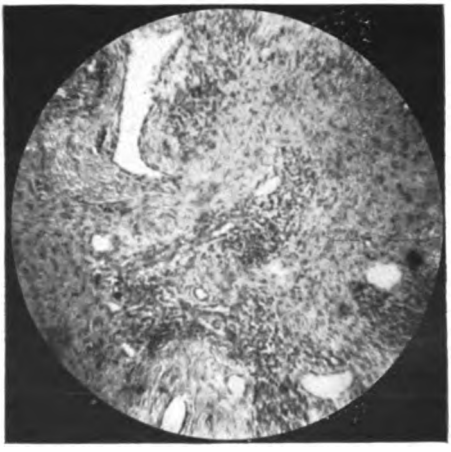


Abb. 3.
Zone der erweiterten Blutgefäße und Plasmome

Digitized by Google

Im Gegensatz zu den mächtigen progressiven Erscheinungen im mittleren Abschnitt des Korium, ist in seinem unteren schmalen Abschnitte und in der Subkutis nur das Bild normaler Verhältnisse zu sehen.

Die elastischen Fasern sind aus dem oberen und mittleren Abschnitte des Koriums sozusagen gegen die Subkutis verdrängt. In der Proliferationszone sind noch hier und da einzelne dieser dünnen Fasern anzutreffen, insbesondere in der Nachbarschaft der Haarfollikel, in der Zone der Plasmome und der Kollagenvermehrung hingegen gar nicht. In um so größerer Menge kommen sie in der untersten Schicht des Korium vor, wo sie entweder mit den Kollagenbälkchen parallel verlaufende Fasergewebe, oder namentlich in der oberen Zone von kleineren Bröckeln zusammengesetzte Knäuel bilden.

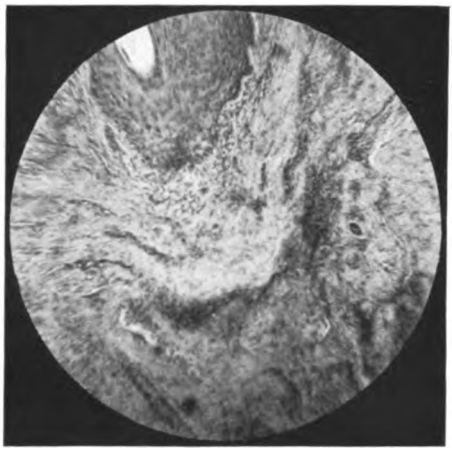


Abb. 4.
Fibröse Zone in der Umgebung der Follikel

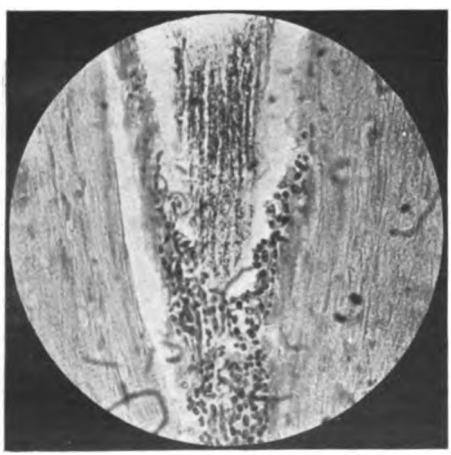


Abb. 5.
Pilzelemente in der Tiefe eines Follikels

Die Haarfollikel laufen fern voneinander durch die Schichten der Haut, wie wenn sie durch die Infiltrate und die Fasernmassen auseinandergedrängt wären. Die Richtung ihres Verlaufes ist sehr verschieden, so daß sie sich in den verschiedenen Winkeln schneiden und nicht zwei von ihnen parallelen Verlauf zeigen. Sie sind nicht länger oder tiefer als normal, bloß die Follikelöffnung senkt sich kraterförmig tief in die von beiden Seiten vordringenden Koriummassen. Die Haarpapille sitzt an der oberen Grenze der Subkutis, nicht tiefer als normal. Kein einziger Follikel enthält mehr als ein Haar, doch sind zahlreiche Follikelöffnungen zu sehen, in die zwei aus verschiedenen Richtungen kommende Follikel gemeinsam münden, hier liegen dann die beiden Haarschäfte eng einander an. Die meisten Follikel und ihre Umgebung sind frei von jeder akutentzündlichen Erscheinung, in der kraterförmigen Öffnung einiger ist in einer von Epithelelementen umschlossenen Höhle ein kleiner Abszeß zu sehen, welcher dichtgedrängte Leukozyten enthält. Zwischen den Epithelzellen, welche die Wand dieses kleinen Abszesses bilden, finden sich

Digitized by Google

zahlreiche infiltrierende Leukozyten; diese Abszeßchen bleiben meist intrafollikulär und oberflächlich, brechen nicht in das benachbarte Bindegewebe durch und dringen bloß in einer Tiefe von 1—2 mm gegen die Höhle des Follikels vor. Es war im ganzen nur ein solch kleiner Abszeß zu finden, welcher das Epithel des Follikels durchbrochen hatte und in das umgebende Bindegewebe vordrang, dort blieb er aber auch unmittelbar unterhalb der Epidermis. Von tiefgreifenden Leukozyteninfiltraten, Resten größerer Abszesse, oder tiefen eitrigen Gängen waren nirgends Spuren zu sehen. In den Follikeln, welche in ihren Öffnungen die oben beschriebenen Abszesse beherbergen, waren Leukozyten auch nicht in größerer Tiefe als bis zu 1—2 mm zu sehen, in einer um so größeren Menge ziehen neben den Haarschäften Massen von Pilzfäden und Sporen längs der äußeren Wurzelscheide bis hinein zur Haarzwiebel (Abb. 5).

Von dieser Veränderung abgesehen, ist die innere Struktur der Follikel normal, nur an den Epithelzellen des mittleren Abschnittes ist infolge des seitlichen Druckes eine Verschmälerung zu sehen.

Auffallend ist, daß die Talgdrüsen stellenweise vollständig fehlen bzw. stark vermindert sind, die Schweißdrüsen hingegen an der Grenze des Korium und der Subkutis ein normales Bild bieten, und obzwar ihre Ausführungsgänge im mittleren Abschnitt des Korium verengt sind, ist von einem Verschluß oder von einer Zystenbildung nichts zu sehen.

Von Mikroorganismen findet man: ganz wenige Kokken zwischen den Leukozytenhäufchen der oben erwähnten intrafollikulären kleinen Abszesse, nirgends aber in den benachbarten Geweben der Follikel, Pilze in jedem Follikel des Präparates in der oben erwähnten Form, sonst sind Mikroorganismen nirgends zu sehen.

Nach Röntgenepilation des ganzen Kopfhaares und Behandlung mit Jodtinktur sowie desinfizierenden Salben, tritt nach 3 Monaten eine langsame Besserung des klinischen Bildes ein. Am 8. VIII. ist das Haar mit Ausnahme der narbig atrophierten Stellen überall im Wachsen begriffen. Die Windungen und Furchen sind zum großen Teil ausgeglichen, die Farbe der erkrankten Teile ist normal, ihre Konsistenz aber noch kompakt, die Pustelbildung hat aufgehört. Am 2. X. wird die Kopfhaut vom Haar schon reichlich bedeckt, von den Windungen und Furchen sind nicht einmal Spuren zu sehen, an den früher kranken Stellen ist überall ganz graues Haar gewachsen. Pilzbefund negativ, Patient wird als klinisch geheilt entlassen.

Aus der Anamnese, dem klinischen Bilde, hauptsächlich aber aus dem mykologischen Befund geht ohne Zweifel hervor, daß wir es hier mit einem Fall von Favus capitis zu tun hatten, welcher aber von mehreren Gesichtspunkten aus besonders besprochen werden darf. Schon der Umstand, daß Patientin mit ihrem floriden Favus fast im 40. Lebensjahre steht, ist als Seltenheit zu betrachten, obzwar in unserer Gegend nach meinen Beobachtungen 7% der Favuskranken Erwachsene sind. Am merkwürdigsten ist jedoch der Umstand, daß diejenigen Teile der erkrankten Kopfhaut, wo der Favus frisch und progressiv war, klinisch das Bild der Folliculitis sclerotisans darboten, aber eben nur diese Teile.

An den Stellen, welche nicht die für die Folliculitis sclerotisans charakteristischen Merkmale darboten, waren Pilze niemals nachweisbar, hin-

Digitized by Google

gegen war an den Folliculitis-sclerotisans-artig erkrankten Stellen nicht ein Haar zu finden, aus dem die Züchtung der Pilze nicht gelungen wäre. Zweifellos besteht also zwischen dem klinischen Bilde der Folliculitis sclerotisans und dem Favuspilz in unserem Falle ein enger Zusammenhang, wenigstens in pathogenetischer Hinsicht.

Bei näherer Betrachtung dieses eigenartigen Krankheitsbildes vom ätiologischen und pathogenetischen Standpunkte muß man auf drei Fragen eine Antwort suchen. 1. Ob es sich hier nicht um eine zufälllige Koinzidenz von Favus und Folliculitis sclerotisans handelt, 2. ob das Achorion allein imstande war, auf genuinem Wege dieses Krankheitsbild hervorzurufen und 3. ob vielleicht der Favus bloß den Boden geebnet hat, auf dem sich dann infolge innerer oder äußerer Ursachen das klinische Bild der Folliculitis sclerotisans entwickelte.

Eine einfache Koinzidenz der beiden Krankheiten läßt sich schon a priori ausschließen, da auf den erkrankten Gebieten der Kopfhaut nicht eine Stelle zu finden ist, an der ein florides Stadium einer der beiden Krankheiten vereinzelt zu sehen wäre. Es ist keine Stelle mit für die Folliculitis sclerotisans charakteristischen Veränderungen zu finden, wo der Pilzbefund nicht positiv wäre, und ebenso findet sich kein Gebiet mit floriden Favuseffloreszenzen ohne Folliculitis-sclerotisans-artige Veränderungen. Die für beide Krankheiten charakteristischen Merkmale sind derart auf ein und dasselbe Gebiet lokalisiert, daß man wenigstens vom pathogenetischen Standpunkt einen gemeinsamen Entstehungsvorgang annehmen muß. Dieser gemeinsame Grund kann nur im Favus zu suchen sein. Nicht bloß die Angaben der Kranken, sondern auch die große Ausbreitung der atrophischen Gebiete beweisen, daß Patientin schon in ihrer Kindheit an Favus gelitten haben mußte. Dies mußte also die primäre Erkrankung gewesen sein, zu der sich die Komponenten der Folliculitis sclerotisans erst später hinzugesellt hatten, wie ja diese Krankheit nur bei Erwachsenen anzutreffen ist. Endlich wäre im Falle einer bloßen Koinzidenz zu erwarten gewesen, daß an einzelnen Stellen der Kopfhaut auch nach Abklingen des Favus jener hyperplastische keloidartige Zustand der Haut bestehen bleibe, welcher bei unbehandelten Fällen oft bis ans Lebensende anzutreffen ist; in diesem Falle trat aber gerade das Gegenteil ein: als Folge der sich scheinbar peripher ausbreitenden Veränderung bleibt überall die für den Favus charakteristische narbige Atrophie bestehen.

Der Umstand, daß das Bild der Folliculitis sclerotisans nur an Stellen der Haut zu sehen ist, wo sich der Favus in Progession befindet, führt zu der zweiten Frage, ob nicht das Achorion allein die beschriebenen Veränderungen hervorgerufen habe, oder ob dabei noch ein anderer ätiologischer Faktor mit im Spiel war. Brocq beschreibt als atypische Formen des Favus: den Favus miliaris, welcher dem Eczema seborrhoicum, den impetiginösen Favus, welcher der Folliculitis atrophisans ähnelt und endlich den Favus, welcher zur Bildung des Kerion führt. Dubreuilh erwähnt noch eine Art von Favus, bei welchem es zum Bilde der Alopecia areata kommt. Darüber, daß das Achorion an der Kopfhaut die oben beschriebenen Veränderungen hervorgerufen hätte, habe ich in der mir zugänglichen Literatur keine Angaben gefunden.

Digitized by Google

In unserem Falle waren in den erkrankten Gebieten die Haarfollikel eitrig entzündet, ihr Inhalt ergab sowohl histologisch als auch kulturell Staphylokokken, man hat daher diesem anderen Erreger auch Aufmerksamkeit zu schenken, um so mehr als nach Ehrmann diesem Erreger bei der Entstehung der Folliculis sclerotisans von zahlreichen Autoren eine ätiologische Bedeutung zugesprochen wird. Im Inneren einzelner Follikel sind denn auch jene Veränderungen zu finden, deren Zustandekommen dem Staphylokokkus zuzuschreiben ist, außerhalb der mit Epithel bedeckten Höhle der Follikel aber, im benachbarten Bindegewebe, sind nicht nur keine Kokken oder Abszesse, sondern auch keine Leukozyten zu sehen (ausgenommen, wie schon erwähnt, ein einziges subepitheliales Abszeßchen). Obzwar dieser Umstand weder den Befunden jener Autoren entspricht, welche bei der Entstehung der Folliculitis sclerotisans dem Staphylokokkus eine Rolle zuschreiben, noch den Befunden jener, die die Rolle des Staphylokokkus nicht als erwiesen betrachten (Unna, Darier, Guszman), muß ich auf dem Standpunkt stehen, daß in diesem Falle die eigenartige Modifikation des Favusbildes durch eine sekundäre staphylokokkogene Follikulitis hervorgerufen worden war. Klinisch sind die Erscheinungen der Folliculitis sclerotisans nur an Stellen anzutreffen, wo die durch den Favus veränderten Gewebe auch durch Staphylokokken infiziert sind, ebenso sind auch histologisch nur an diesen Stellen die für Favus und die Folliculitis sclerotisans charakteristischen Veränderungen nebeneinander zu sehen. Für den Favus ist mehr die Plasmombildung fern von den Follikeln, der Plasmazellenmantel der kleinen Gefäße und der Schweißdrüsenausführungsgänge, die Erweiterung der Venen und Lymphgefäße, der Mangel an Leukozyten und das Verschwinden der elastischen Fasern in den erkrankten Gebieten, für die Folliculitis sclerotisans mehr die massige Vermehrung von Fasern in der Umgebung der Follikel, das Fortbestehen oder die Neubildung der elastischen Fasern, die Kompression der Blutgefäße und Drüsengänge, die Veränderung der Verlaufsrichtung der Follikel, das Zusammengedrängtwerden ihrer Öffnungen usw. charakteristisch. Das histologische Bild zeigt ebenso die wichtigen Symptome des Favus und der Folliculitis sclerotisans nebeneinander wie der bakterielle Befund; für die Gewißheit, daß dieses eigentümliche Krankheitsbild nur von den Follikeln ausgegangen sein kann, spricht entschieden der Umstand, daß die beiden Erreger stets in den Follikeln zu finden waren, sonst aber überall fehlten.

Das Vorkommen der beiden Erreger nebeneinander allein genügt aber nicht, um damit auch die Pathogenese erklären zu können. Das Hinzutreten einer staphylokokkogenen Infektion zum Favus der Kopfhaut ist keine seltene Erscheinung (F. impetiginosus), ohne daß sich deshalb das Bild einer Folliculitis sclerotisans entwickelte. Der Umstand, daß sich in unserem Falle zu dem zweifellos früher vorhandenen Favus eine eitrige Follikulitis hinzugesellte und dadurch der Krankheit das Bild einer Folliculitis sclerotisans verliehen hatte, findet offenbar in konstitutionellen Ursachen seine Begründung. Schon die Tatsache, daß eine 38jährige Frau einen floriden Favus hat, läßt an konstitutionelle Disposition denken, ähnlich wie nach dem heutigen Stande unseres Wissens ein Aknekeloid am Nacken oder in der Bartgegend meist konstitutionell begründet ist.

Digitized by Google

Ein mechanisches Trauma war in unserem Falle nicht nachzuweisen, ebensowenig eine keloidbildende Konstitution, denn die Verletzungen an der Kopfhaut heilten alle ohne Keloidbildung aus. Die Haarfollikel waren nicht abnormal tief, Follikel, denen mehr als ein Haar entspringt, waren im ganzen ein bis zwei zu finden. Wenn man auch einen eigenartigen, obzwar unbekannten, konstitutionellen Faktor annehmen will — um so eigenartiger, da sich ja die Folliculitis sclerotisans am Kopfe einer Frau entwickelt hatte — muß man dennoch zweifellos auch mit der primär pathogenen Wirkung des Achorion bei dem Zustandekommen der akne-keloidartigen Veränderung rechnen, sonst wäre diese nicht nur in den vom Favus betroffenen Gebieten zu sehen, sondern auch an jenen favusfreien Stellen, wo die Staphylokokkusinfektion nur zu einer einfachen Follikulitis ohne Gewebehypertrophie geführt hatte.

Meines Erachtens handelt es sich also in unserem Falle weder um eine einfache Koinzidenz von Favus und Folliculitis sclerotisans, noch um eine achorionogene Folliculitis sclerotisans, sondern um eine eigenartige Form von Favus capitis, welche durch die Wirkung eines angenommenen konstitutionellen Faktors und einer sekundären Staphylokokkeninfektion entstanden ist und das Bild der Folliculitis sclerotisans nachgeahmt hat.

Literatur

Ehrmann, Mraček's Handbuch, Bd. 10. — Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. — Gans, Histologie der Hautkrankheiten, Bd. 1. — Plaut, Mraček's Handbuch, Bd. 10. — Darier, Précis de Derm. — Brocq, Mraček's Handbuch, Bd. 10. — Gusz-man, Derm. Zschr., Bd. 12, H. 3, Kaposi, Hautkrankheiten.

Aus dem Serologischen Privatinstitut von Dr. H. Hecht in Prag

Serodiagnostik der Gonorrhoe und Tuberkulose mittels der Aktivmethode (HR)

Von

Priv.-Doz. Dr. Hugo Hecht

1. Einleitung

Die Aktivmethode hat sich in verschiedenen Änderungen zur Serodiagnostik der Syphilis bewährt. Es sei nur u. a. an die Arbeit von Bruck, Behrmann und Rosenberg erinnert, die die Methode durch Vermehrung der Serummengen abänderten und auch zur Gonorrhoediagnostik benutzten. Es erübrigt sich, die Technik hier noch zu beschreiben, da sie erst kürzlich (Kl. W., 1926, Nr. 44) eingehend beschrieben wurde. Erwähnt soll nur werden, daß durch einen Druckfehler das Versuchsschema ein bißchen unübersichtlich geworden ist, weshalb es hier nochmals wiedergegeben wird.

Sollte die genaue Bestimmung der hämolytischen Kraft bei den Aktivseren Schwierigkeiten bereiten, so empfiehlt es sich, mit dem Hauptversuch noch ein Röhrchen aufzustellen, welches 0,1 ccm Menschenserum

Digitized by Google

und 1 ccm Kochsalzlösung enthält. In dieses Röhrchen wird zu gleicher Zeit wie in dem Hauptversuch die in den ersten vier Röhrchen ermittelte Blutdosis nachgefüllt. Wenn in diesem Kontrollröhrchen Lösung aufgetreten ist, kann der Versuch als beendet betrachtet und abgelesen werden.

Röhrchen	1	2	3	4	Serum-kontrolle	5	6	7	8	Eventuell 9	10
Serum	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,15	0,2	0,1	0,15	0,2
Kochsalzlösung .	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	—	—	—	—	—	—
Antigen I (Rinderherzextrakt) .	—	—	—	—	—	1,0	1,0	1,0	—	—	—
Antigen II (Cholesterinextrakt)	—	—	—	—	—	—	—	—	1,0	1,0	1,0
Thermostatenaufenthalt . .	25 Minuten				eine Stunde						
Blut 8% . . .	0,1	0,2	0,3	0,5	titrierte Blutmenge						

2. Aktivmethode bei Gonorrhoe

Die Komplementbindung bei Gonorrhoe hat 1906 Bruck und gleichzeitig und unabhängig von ihm Müller und Oppenheim mit einer Technik versucht, die der damaligen Komplementbindung bei Syphilis ähnlich war. Eine ganze Anzahl von Arbeiten haben sich mit dieser Frage befaßt [A. Kohn, Bruhns, Demska, Hecht und Lederer[1]), Lenartowicz, Sommer, Klöppel, Heuck und Lochbrunner, Baumann und Heimann, A. Kohn und Grafenberg, Stern und Fischer, Finkelstein und Gerschun, Maderna, Priestley, Teague und Torrey, Nicolle, Jouan und Debains].

Mit aktivem Serum haben bloß Montpellier und Lacroix, Rubinstein, Savnik und Prochazka, ferner Bruck gearbeitet. Montpellier und Lacroix benutzten die in Frankreich bekannte Technik nach Hecht-Rubinstein. Rubinstein benutzt ebenfalls die von ihm ausgearbeitete Technik zur Serodiagnose der Gonorrhoe. Savnik und Prochazka arbeiteten mit aktivem und inaktivem Serum, gaben aber dann der Arbeit mit inaktivem Serum den Vorzug.

Es muß aber bemerkt werden, daß ihre Methodik nichts anderes darstellt als die WR mit Aktivseren statt mit inaktivierten. Sie geben also — zum Unterschied von meiner Aktivmethode —, so wie es R. Müller macht, zu dem Aktivserum auch noch Meerschweinchenkomplement und Hammelblutambozeptor. Deshalb sind ihre Resultate mit unseren nicht zu vergleichen.

Auch Brünauer, Müller und Oppenheim dürften nach der bekannten Müllerschen Technik mit aktivem Serum gearbeitet haben, aber selbst-

[1]) Die betreffende Arbeit wurde bloß von Lederer gezeichnet und in der W. m. W., 1912, Nr. 40 veröffentlicht; Lederer betont darin aber ausdrücklich, daß die Technik von Hecht ausgearbeitet wurde. Damals wurde 0,2 ccm inaktiviertes Menschenserum und als Antigen das käufliche Arthigon in der Menge von 0,05—0,2 ccm benutzt. Nebenbei soll erwähnt werden, daß in dieser Arbeit auch das erstemal überhaupt auf die Möglichkeit der Provokation von Gonorrhoe durch intramuskuläre Injektion von 2 ccm Arthigon hingewiesen wurde.

Digitized by Google

verständlich unter Zusatz von Meerschweinchenkomplement und Hammelblutambozeptor, so daß diese Arbeiten für unsere Betrachtungen hier ausschalten.

Die Methode von Bruck, Behrmann und Rosenberg ist dieselbe wie die von ihnen zur Komplementbindung mit aktiven Luesseren benutzte. Als Antigene verwenden sie eine aus zahlreichen, möglichst frischen Gonokokkenkulturen hergestellte Aufschwemmung, die eine Milliarde Keime im Kubikzentimeter enthält. Das von mir zur Serodiagnose der Gonorrhoe benutzte Verfahren schließt sich eng an das bei Syphilis benutzte an; nur empfiehlt es sich von vornherein, statt mit 0,1 ccm Serum mit 0,2 ccm zu arbeiten, weil die Menge von Antikörpern bei Gonorrhoe oft sehr gering ist.

Die Auswertung des hämolytischen Systems geschieht in derselben Weise wie bei den Untersuchungen auf Syphilis; nur muß man unbedingt die gerade noch gelöste Blutmenge feststellen, man kann also die vier Röhrchen mit 0,2, 0,4, 0,6, 0,8 ccm der Blutaufschwemmung nachfüllen. Sollte die hämolytische Kraft sogar die Dosis von 0,8 ccm überschreiten, so empfiehlt es sich, nochmals 2 oder 3 Röhrchen mit größeren Blutmengen aufzustellen.

Als Antigen läßt sich jede polyvalente Vakzine verwenden, die in 1 ccm mindestens eine Milliarde Keime enthält.

Gute Dienste hat beispielsweise das „Arthigon extrastark" als Antigen geleistet. Allzu alte Vakzine ist als Antigen nicht mehr so wirksam wie ein frisch bereitetes Antigen. Von großer Wichtigkeit ist aber die Auswertung des Antigens. Sie wird an der Hand von mehreren Gonorrhoefällen vorgenommen, unter denen sich auch solche mit Prostatitis oder Epididymitis befinden sollen. Der Vorgang ist derselbe wie der bei der Auswertung eines Syphilisantigens. Hat man die mit Gonorrhoeseren hemmende Dosis ermittelt, muß man nun auch durch Untersuchung von Syphilis- und anderen Seren die Spezifitziät des betreffenden Antigens überprüfen.

Im Hauptversuche untersucht man aber unbedingt auch noch außer mit dem Gonokokkenantigen mit einem guten Luesextrakt auf Syphilis. Dies scheint um so wichtiger zu sein, als Rubinstein bei ungefähr 30% seropositiver Syphilisfälle auch mit Gonokokkenantigenen positive Reaktion bekam, ohne daß Gonorrhoe vorlag.

Der Vorgang bei der Untersuchung ist so einzurichten, daß zunächst einmal die Hämolysinbestimmung vorgenommen wird, die insgesamt eine Stunde in Anspruch nimmt. Inzwischen stellt man die Röhrchen mit den Antigenen auf und vergißt nicht, wenn sich die Möglichkeit dazu bietet, das Serum eines Gonorrhoikers und außerdem eines Luetikers mit positiver Seroreaktion mitlaufen zu lassen. Die Ablesung wird vorgenommen, sobald die im Hauptversuch aufgestellte Serumkontrolle gelöst hat.

Was nun den Wert der Komplementbindung auf Gonorrhoe anbetrifft, so handelt es sich hier weniger um die serodiagnostische Bestätigung einer Erkrankung, die man im allgemeinen mikroskopisch nachweisen kann. Viel wichtiger ist sie in Fällen, wo man mikroskopisch nichts vorfindet, aber differentialdiagnostisch gegenüber Tuberkulose, Syphilis und dergleichen eine Abgrenzung wünschen würde. Es handelt sich

Digitized by Google

hier um Fälle von Gelenkerkrankungen, Hoden- und Nebenhodenentzündungen, Prostatitis, Iritis, Herzerkrankungen wie Endokarditis, Adnexerkrankungen bei Frauen und dergleichen.

Ob der negative Ausfall nach klinischer Heilung bei Fällen, die früher eine positive Reaktion hatten, im Sinne einer Ausheilung des gonorrhoischen Prozesses gedeutet werden kann, muß noch dahingestellt bleiben. Die Erfahrungen darüber sind noch nicht allzu reichlich.

Bei der Beurteilung darf nicht außer acht gelassen werden, daß Fälle, die mit Gonokokkenvakzinen behandelt wurden, positive Gonoreaktion geben, auch wenn sie keine Gonorrhoe haben. Überhaupt ist es gut, bei der Beurteilung der Gonoreaktion vorsichtig zu sein und, genau so wie bei der Seroreaktion auf Syphilis, nichts Unmögliches von der Gonoreaktion zu verlangen. Wenn die Untersuchung sowohl mit dem Gonokokkenantigen als auch mit dem Luesantigen negativ ausfällt, so kann trotzdem noch Gonorrhoe vorhanden sein, weil ja bei einer bloßen Gonorrhoea anterior infolge geringer Antikörperbildung nicht allzu häufig positive Gonoreaktion auftreten dürfte. Der negative Ausfall der Gonoreaktion beweist also genau so wenig wie der negative Ausfall einer WR. Ist in einem Falle die Gonoreaktion stark positiv und die Seroreaktion auf Syphilis (HR) negativ, dann spricht dieser Ausfall für Gonorrhoe. Ist die Gonoreaktion und die HR positiv, dann ist es zumindest fraglich, ob Gonorrhoe vorliegt. Eine genaue klinische Untersuchung ist jedenfalls unbedingt erforderlich, ehe man eine Entscheidung trifft.

3. Die Aktivmethode bei Tuberkulose

Die Bestrebungen, eine Komplementbindungsmethode für Tuberkulose auszuarbeiten, sind alt. Ursprünglich wurde mit verschiedenen Tuberkulinen als Antigenen gearbeitet, doch waren die Resultate unbefriedigend. Bessere Resultate wurden erst erzielt, als man der Extraktion der Tuberkelbazillen zum Zwecke brauchbarer Antigene mehr Aufmerksamkeit widmete. Das Antigen von Besredka ist nicht immer zuverlässig; wenn aber ein nach Besredka hergestelltes Antigen gut arbeitet, dann ist es für die Serodiagnose der Tuberkulose brauchbar. Das Antigen von Calmette besteht aus Tuberkelbazillen und den von ihnen erzeugten Stoffen. Über Wassermanns Antigen herrscht keine einstimmige Anschauung. Die meisten Untersucher finden es als nicht genügend zuverlässig. Blumenthal hat ein wässeriges Antigen hergestellt, das sich ganz gut bewährt hat, aber anscheinend (Kabelik) nicht lange beständig bleibt. Schließlich sei noch das Antigen von Boquet und Négre erwähnt, das durch Extraktion mit Methylalkohol erzeugt wird.

Zur Tuberkulosediagnostik mit aktiven Seren arbeiteten Kabelik und Gellner eine Technik aus, die sich eng an die Hecht-Rubinsteinsche anschließt. Unabhängig von ihnen veröffentlichten Oppenheim und Blaivas die Ergebnisse ihrer Untersuchungen bei Tuberkulose, die nach der in Amerika gebräuchlichen Technik Hecht-Weinberg gemacht wurden. Mit aktiven Seren arbeitete auch Goldberg, der Besredka-Antigen verwendete. Kabelik und Gellner benutzten das Antigen von Boquet und Négre. Die ursprüngliche Technik benutzte 6 Röhrchen, von denen 3 zur Auswertung und 3 zum Hauptversuch bestimmt waren

Digitized by Google

Der Versuch wurde im Thermostaten durchgeführt. Später erst wurde eine neue Technik ausgearbeitet, die die Bindung im Eisschrank befürwortete (Gellner). Danach wird 0,1 ccm aktives Patientenserum in 9 Röhrchen nachgefüllt. In 3 Röhrchen kommen 0,4 ccm physiologischer Kochsalzlösung, in 3 andere Röhrchen eine Verdünnung des Tuberkelantigens (1 : 40), à 0,4 ccm, und in 3 andere Röhrchen 0,4 ccm eines syphilitischen Antigens. Der Versuch kommt auf 18 Stunden in den Eisschrank (4°), nachher wird von 2%igem Hammelblut in die 3 Gruppen der Röhrchen je 0,25, 0,5 und 1 ccm hinzugefügt. Nach 20 Minuten Aufenthalt im Thermostaten wird das Resultat abgelesen.

Eine Schnellkomplementbindungsmethode veröffentlichte Valtis. Als Antigen wurde das von Boquet und Négre verwendet. Die Technik ist die Modifikation der HR nach Muttermilch, der 6 Röhrchen in zwei Serien zu 3 verwendet.

Zur Serodiagnose der Tuberkulose kann aber dieselbe Technik verwendet werden, wie ich sie zur Serodiagnose der Syphilis empfohlen habe. Ich benutzte zu meinen Untersuchungen gleichfalls das Antigen von Boquet-Négre. Die Verdünnung erfolgt mit physiologischer Kochsalzlösung im Verhältnis von 1 : 20, indem man das Antigen unter ständigem Schütteln in die Kochsalzlösung tropfenweise fallen läßt, dann wird diese Stammlösung zu gleichen Teilen mit Kochsalzlösung versetzt. Die Auswertung dieses so verdünnten Antigens ist für die Bestimmung der wirksamen Dosis sehr wichtig. Sie erfolgt nach demselben Vorgang wie die Auswertung des Syphilis- oder Gonorrhoeantigens.

Das Kontrollröhrchen mit Serum- und Kochsalzlösung, dem gleichzeitig mit dem Hauptversuch Blut hinzugefügt wird, hat sich besonders bei der Tuberkulosekomplementbindung gut bewährt.

Die Resultate werden verschieden beurteilt. Valtis fand bei 80 Seren (39 tuberkulöse und 41 nichttuberkulöse) die Reaktion spezifisch. Gellner hatte bei aktiv lungentuberkulösen Erwachsenen größtenteils positive Reaktion, bei nichttuberkulösen oder aktiv tuberkulösen Erwachsenen negative Reaktion. Die Beurteilung des Ausfalles bei der Tuberkulosereaktion ist ähnlich wie bei der Gonorrhoe. Ist die Tuberkulosereaktion stark positiv und die Luesreaktion negativ, dann ist die Tuberkulose wahrscheinlich. Ist die Syphilisreaktion schwach positiv und die Tuberkulosereaktion stark positiv, dann kann es sich um das bekannte Mitreagieren tuberkulösen Serums bei der Syphilisreaktion handeln. Wenn die Syphilisreaktion stark positiv und die Tuberkulosereaktion schwach ist, dann kann es sich um Syphilitiker handeln, die nebenbei noch Tuberkulose im Beginn oder in stationärem Zustande haben. Hier wird also vor allem eine genaue klinische Untersuchung zu entscheiden haben. Sind beide Reaktionen vollkommen negativ, dann ist Tuberkulose noch immer nicht ausgeschlossen, so wie bei der Diagnostik auf Syphilis und Gonorrhoe ähnliche Verhältnisse herrschen. Es ist bekannt, daß bei destruktiven Prozessen und kurz vor dem Tode auch bei schwer Tuberkulösen die Komplementbindung negativ sein kann.

Die ursprünglich für Syphilis ausgearbeitete Technik der Aktivmethode ist nach dem Gesagten auch für Gonorrhoe und Tuberkulosediagnostik zu verwenden. Da sie von Jianu zum Nachweis spezifischer

Digitized by Google

Antikörper bei Echinokokkus benutzt wurde und auch bei anderen Erkrankungen (Typhus, Sporotrichose und dergleichen) analog der WR benutzt werden kann, hat sie damit den Rahmen eines einfachen Syphilisdiagnostikums überschritten und ist zu einer allgemein brauchbaren Komplementbindungsmethode zur Serodiagnostik auf verschiedene Krankheiten geworden.

Literatur

Montpellier und Lacroix, Ann. de malad. vener., 1921, Bd. 16, S. 725. — Rubinstein, Bull. de la soc. franç. de derm., 1925, Bd. 32, Nr. 8, S. 407. — Bruck, Behrmann und Rosenberg, Kl. W., 1926, Nr. 26.

Beauvy, A., Compt. rend. soc. biol., 1922, Bd. 87, Nr. 35, S. 1125—1126. — Goldberg, J. de méd. de Paris, 1922, Bd. 41, S. 371; Compt. rend. soc. biol., 1922, Bd. 86, S. 192. — Kabelik und Gellner, Časopis lékařuv českych, 1924, Nr. 23. — Gellner, Seuchenbekämpfung. Verlag M. Perles, Wien 1925, H. 5; Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 99, S. 234. — Tomčik und Vignati, Časopis lékařuv českych, 1925, Nr. 40. — Valtis, Ann. de l'Inst. Pasteur, 1925, Jg. 39, Nr. 4, S. 365—367. — Upham und Blaivas, New York Med. Journal and Med. Record, 1923, Bd. 117, Nr. 1, S. 22.

Schwere Nekrose nach $HgCl_2$-Injektion

Von

Dr. Ljudevit Stein,

Militärarzt in Veliki Bečkerek (Jugoslavien)

Es sind hauptsächlich die in Suspension angewendeten Quecksilbersalze, welche bei intramuskulären Einspritzungen mannigfache Unannehmlichkeiten verursachen, Unannehmlichkeiten, die sich außer der individuell wechselnden Schmerzhaftigkeit objektiv in kleineren bis größeren Entzündungen, Infiltrationen offenbaren. Bei Verwendung löslicher Hg-Verbindungen begegnen wir kaum ähnlichen unerwünschten Störungen, um so weniger, als selbst die zufällige Einspritzung der Injektionsflüssigkeit in ein Blutgefäß unbedenklich ist. Um so mehr überraschte mich jedoch eine von mir bisher nie beobachtete Komplikation, entstanden nach intramuskulärer Anwendung von 1 ccm einer 2%igen Sublimatlösung.

Der lehrreiche Fall soll ganz kurz erörtert werden.

Bereits vor einigen Jahren wurde W. K., 23 Jahre alt, Privatbeamter, wegen latenter Lues behandelt. Therapie: intraglutäale 2%ige $HgCl_2$-Einspritzungen jeden zweiten Tag. Bei der 7. Injektion verspürte der Kranke schon im Moment des Einstiches einen außerordentlich heftigen Schmerz, klagte über Schwäche, Übelkeit, erblaßte, sank schließlich in Ohnmacht. Erst nach einer halben Stunde konnte er sich mit Mühe und Not nach Hause begeben, den schmerzhaften (linken) Fuß nach sich schleppend. Denselben Abend wurde ich zum Pat. gerufen, der, durch heftige Schmerzen gepeinigt, ans Bett gefesselt war. Mäßige Temperatursteigerung. Die Haut über der linken Glutäalgegend blaurot und in allen Nuancen dieser Farbe verfärbt, mit baumastartigen Verzweigungen. Auf der Stelle des Einstiches geringe Resistenz tastbar. Noch am nächsten Tage intensiver Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Ohnmachtsanwandlungen. Erst nach einer Woche besserte sich der Zustand soweit, daß der Kranke auf mein Zureden einen kleinen Spaziergang machte, wovon eine Beschleunigung der Resorption und somit ein rascherer Verlauf des ganzen Prozesses zu erhoffen war. Es war nämlich auf der Stelle der Injektion und deren Umgebung ein straffes Gebilde von einigen Zentimeter Durchmesser in dunkelbrauner Verfärbung tastbar. Letztere Erscheinung zog sich in weiteren 10 Tagen zurück, die Rigidität hingegen steigerte sich.

Die Schmerzen ließen parallel mit dem Absterben der Weichteile allmählich nach. Nach, vom Tage der Einspritzung an gerechnet, einem Monate starb die Haut kreisförmig um die Injektionsstelle in einem Umfange von etwa 6 cm Durchmesser ab. Zugleich nekrotisierten bis zu einer Tiefe von 5 cm — gegen die Tiefe an Ausdehnung abnehmend — die den Stichkanal umgebenden Muskelpartien. So imponierte die ganze nekrotische

Digitized by Google

Masse als ein pilzartiges Gebilde, welches, zum operativen Eingriff gereift, am Ende der fünften Woche durch einen Chirurgen entfernt wurde.

Die Heilung gestaltete sich demnächst ungestört, so daß binnen 8 Wochen eine stufenweise Ausfüllung der Höhle stattgefunden hat.

Die unerwartete Komplikation hat mich anfangs unschlüssig gemacht. Das Vorhandensein einer Infektion war von vornherein auszuschließen, zumal die Einspritzung auf einer mit Benzin sorgsam gereinigten Hautfläche mittels einer auf eine sterile Spritze angepaßten ausgeglühten Platin-Iridiumnadel vorgenommen wurde. Nur allmählich trat der richtige Charakter der Komplikation in den Vordergrund, mit der stufenweisen Entwicklung des beschriebenen regressiven Prozesses.

In der einschlägigen Literatur werden analoge Fälle nur ganz vereinzelt erwähnt. Jadassohn und Brocq (Annales de Derm. et Syph., 1901) erörtern einen ähnlichen Fall. E. Lesser (B. kl. W., 1899, Nr. 16) beobachtete solche Komplikation bei der 36. Injektion von 1%igem $HgCl_2$, weiterhin im Anschluß an eine Einspritzung von Hg salicylicum.

Die beschriebene Komplikation kann mit einer Nervenläsion erklärt werden. Diese Annahme wird berechtigt durch den heftigen, choikartigen Schmerz, den Pat. beim bloßen Einstich der Kanüle verspürte. Wenn wir auch keinen Nerven verletzt, sondern nur in der Nähe injiziert hätten, wäre die subjektive Wirkung zwar geringer, die objektiven Veränderungen hingegen den beschriebenen ähnlich. Der betreffende sensorische Nerv ist nämlich außer dem mechanischen Drucke der eingespritzten Flüssigkeitsmenge auch einem chemischen Reize ausgesetzt. Außerdem spielen auch andere Umstände (trophoneurotische Störungen?), darunter Änderungen der Blutzirkulationsverhältnisse, eine Rolle.

Die Beobachtungen können aber auch anders gedeutet werden, wenn zwei Gesichtspunkte in Betracht gezogen werden. Auffallend ist allerdings, daß in den erwähnten Fällen — mit Ausnahme eines einzigen Falles — die Komplikation nach Einspritzung löslicher Hg-Verbindungen entstanden ist. Die Resorption derselben ist naturgemäß eine raschere; sie zerfallen leichter in ihre Bestandteile, wodurch der regressive Prozeß in chemischer Hinsicht günstig beeinflußt wird.

Auffallend ist weiterhin, daß die Komplikation nie nach der ersten, sondern ausschließlich nach wiederholten Einspritzungen aufgetreten ist. Lessers Mitteilungen beziehen sich auf die 36. $HgCl_2$-Injektion, die von Saphier[1]) auf die 8. Injektion einer 5%igen Lösung von Hydrarg. succinimid. In unserem Falle sind die pathologischen Veränderungen nach der 7. Einspritzung von 2%iger Sublimatlösung am 14. Tage der Kur aufgetreten. Wenn wir bedenken, daß eingespritzte Arzneien, besonders die konzentrierteren, oft die Bildung von Narbenstoff zur Folge haben, ist die Annahme naheliegend, daß die zufällige Einspritzung in den Narbenstoff die besprochenen Erscheinungen hervorrufen kann. Die in die Glutäen gelangte Flüssigkeitsmenge kann nicht entsprechend assimiliert werden, wirkt demzufolge als ein Fremdkörper, und indem sie auf das umgebende Gewebe einen mechanischen und chemischen Reiz ausübt, gilt sie als Ausgangspunkt eines regressiven Prozesses.

Aus dem Mitgeteilten geht ohne weiteres hervor, daß auch derartige seltene Zwischenfälle bei genügender Umsicht vermieden werden können. Wenn Pat. beim Einstechen der Kanüle über einen außergewöhnlich intensiven Schmerz klagt, muß eine andere Stelle für die Injektion gesucht werden. Dasselbe gilt, wenn wir beim Einstechen auf einen größeren Widerstand stoßen, der auf eine in der Muskulatur früher entstandene Narbe hinweist. Es handelte sich in meinem Falle um die zweite antiluetische Kur, und, nachdem bei der ersten unlösliche Quecksilberverbindungen verwendet worden sind, war die Möglichkeit einer Narbenstoffbildung gegeben. Da mir die zu erwartenden Folgen damals so gut wie unbekannt waren, ging ich ungeachtet derselben zu Werke und schrieb den sehr intensiven Schmerz der Nervosität des ohnehin sehr empfindsamen Kranken zu. Der außerordentlich schwere Verlauf hängt mit der Qualität und der Konzentration der verwendeten Arznei zusammen.

Was schließlich den operativen Eingriff anlangt, soll betont werden, daß dieser nur nach beendeter Demarkation am Platze ist. Bei der Sicherheit der aseptischen Natur des Prozesses können wir getrost einen zuwartenden Standpunkt einnehmen, zumal ein verfrühter Eingriff nicht zum Ziele führt.

---

[1]) Saphier, Zosteriforme Hautnekrose nach intramuskulärer Einspritzung von Hydrarg. succinimid. M. m. W., 1921, Nr. 13.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Venerologia und Dermatologia

1927, Nr. 2

Vorläufige Angaben über das Schicksal der syphilitischen Kranken, welche in der Zeit von 1922—1925 in der stationären Abteilung GWJ (staatliches venerologisches Institut) behandelt wurden, von Jukelis und Schneierson. Bei 21 Kranken, welche im seronegativen Stadium in Behandlung kamen, wurden keine Rezidive beobachtet, bei 186 Kranken mit teils seropositivem Schanker, teils Lues II recens wurden 8 klinische und 12 serologische Rezidive beobachtet. Die besten Resultate gab eine kombinierte Hg- bzw. Bi-NS-Behandlung.

Zur Kasuistik der Fälle von sogenannter tiefer Nekrose der Gewebe nach Injektion der üblichen Hg- und Bi-Präparate bei Syphilis, von Gliner. Beschreibung dreier einschlägiger Fälle, davon zwei nach Injektion von salizylsaurem Bismut, einer nach Injektion von 2%iger Sublimatlösung.

Der praktische Wert des deutschen Präparates „Bismogenol", von Skljar. Rühmendes Urteil über dieses Präparat auf Grund von 33 Versuchen mit demselben bei Syphilis in verschiedenen Stadien.

Ein Fall von gleichzeitigem Vorkommen von vesikulösem und tuberösem Syphilid, von J. Grigorjeff. 20jähr. Schlosser.

Ein Fall von Eczema nervosum, von Danilewsky. 47jähr. hysterische Frau.

Dystrophia papillaris et pigmentosa juvenilis benigna, von Klemptner. 9jähr., im übrigen gesundes Mädchen.

Eine Mikrosporiehausepidemie, von Lewenko. Von 16 Personen, die in einer Wohnung hausten, hatten 12 Mikrosporie, darunter 4 Kinder im Alter von 3—8 Jahren.

Zur Frage der Cystitis blennorrhoica totalis, von Petschersky. Die totale Zystitis bei Blennorrhoe gehört zu den seltenen Erscheinungen; meist beruht sie auf einer sekundären Infektion durch Strepto- und Staphylokokken und auch durch Bacterium coli commune.

Die Autopyovakzine und ihre Anwendung bei Tripper und dessen Komplikationen, von Damski und Jablonski. Zur Erzielung einer Autovakzine bei Tripper und dessen Komplikationen bedienten sich die Verff. der Methode von Orsoss und Damski und erzielten glänzende Resultate bei blennorrhoischer Arthritis und Epididymitis.

Über die Salvarsanwiderstandsfähigkeit der Spirochäten des Rückfallfiebers, von Kritschewsky. Eine allgemeine Sterilisation der Tiere durch Salvarsan gelingt nur dann, wenn das Rückfallfieber durch Infektion mit Spir. Obermeieri (Berliner und Frankfurter Stamm) oder mit Spir. Duttoni (Frankfurter Stamm; pathogen und nichtpathogen für den Menschen) hervorgerufen wurde und die Behandlung mit Dosen, welche den toxischen nahekommen (0,0025 g), geschah. Alle Rekurrensstämme besitzen eine Salvarsanfestigkeit, die aber bei den einzelnen Stämmen verschieden ist.

Über eigenartige Veränderungen des elastischen Gewebes der Haut, von Jljina. Verf. sah in Fällen von Basalzellenkrebs, Lupus erythematodes, Sarkoid Boeck, Cornu cutaneum, syphilitischen Papeln Veränderungen des elastischen Gewebes, welche an diejenigen bei Pseudoxanthoma elasticum oder an diejenigen der Greisenhaut erinnerten. Dieselben dürften angeboren sein.

Ist das Tätowieren zulässig?, von Sladkowitsch. Verf. kommt zum Schluß, daß es vom sanitär-hygienischen Standpunkt aus nicht zugelassen werden dürfte.

Zur Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Gefangenen, von Lass. Von 646 Gefangenen des Odessaer Zentral-Untersuchungsgefängnisses erwiesen sich 44% mit venerischen Krankheiten behaftet, und zwar 25,6% mit Tripper, 15,4% mit Syphilis und 3% mit Ulcus molle.

Der Einfluß der Ehe, des Alters und der Beschäftigung auf die Häufigkeit der blennorrhoischen Epididymitis, von P. Koshewnikow. Die Untersuchung von

Digitized by Google

963 ambulatorischen Kranken in Rostow a. D. ergab, daß die Epididymitis als Komplikation des Trippers besonders häufig vorkam bei jugendlichen Personen, ferner bei Leuten, welche keine ruhige Arbeit hatten, und endlich bei solchen, welche mit ihren Frauen zusammenlebten.

Die venerischen Krankheiten unter den Gefangenen, von Batunin. Die Untersuchung von 921 Gefangenen in Kasan ergab Vorhandensein von Syphilis in 14% und von Tripper in 11%. Ferner gaben 39% an, Tripper gehabt zu haben.

A. Jordan-Moskau.

Acta Dermatologica. (Japan.)

1926, Bd. 8, H. 2

Über den Zusammenhang zwischen dem Zuckergehalt im Blute und dem phagozytären Vermögen der Leukozyten nach intravenöser Traubenzuckerinjektion, von H. Shimada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 249. Insulinlösung wurde kombiniert mit hypertonischer Traubenzuckerlösung injiziert, so daß der Zuckergehalt im Blute fast normal war. Dann wurde in verschiedenen Intervallen das phagozytäre Vermögen der Leukozyten untersucht. Trotz des Ausbleibens einer Hyperglykämie kommt im Blute eine Steigerung der Phagozytose zustande.

Über die Hyperglykämie, verursacht durch Traubenzuckerverabreichung per os, und die leukozytäre Phagozytose (IV.), von H. Shimada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 267. Bei der durch Traubenzuckerfütterung verursachten Hyperglykämie tritt keine Steigerung der leukozytären Phagozytose auf. Hyperglykämie regt also nicht direkt die Phagozytose an. Vielleicht spielt der unspezifische Reiz des Injektionsstiches als reine Manipulation eine Rolle.

Über die leukozytäre Phagozytose nach der intravenösen Injektion verschiedener Kohlenhydrate (V.), von H. Shimada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 285. Mono- und Polysaccharide verschiedener Konzentration, deren optische Eigenschaften besonders berücksichtigt wurden, wurden Kaninchen intravenös injiziert. Alsdann wurde die Phagozytenprobe angestellt. Bei den Monosacchariden war die Steigerung der phagozytären Kraft nach 50%iger Traubenzuckerlösung am stärksten (4—5fach). Effekt der Lävulose und Galaktose ein wenig geringer. Bei den Disacchariden war der Einfluß nur 1,8fach. Die Differenz der Polysaccharide war ganz gering: Insulin 1,4fach, Stärke 1,6fach. Die phagozytären Erscheinungen waren am stärksten bei den Monosacchariden 5 Stunden, bei den Disacchariden 3 Stunden, bei den Polysacchariden 1—3 Stunden nach der Injektion.

Über den Einfluß der intravenösen Traubenzuckerinjektion auf intravenös übertragene Staphylokokkenkeime, von H. Shimada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 301. Mit Traubenzucker vorbehandelten Kaninchen wurde 0,2 ccm Staphylokokkenreinkultur injiziert, danach wurde in verschiedenen Zeiträumen je 1 ccm Blut entnommen und kultiviert. Bei 50% Kontrolltieren waren die Bakterien länger als 40 Stunden im Blut; bei der Mehrzahl (80%) der mit Zucker behandelten Tiere waren sie schon nach 30 Stunden verschwunden. Wiederholte Injektionen steigern vorübergehend die bakterizide Kraft des Organismus.

Über den Einfluß der intravenösen Traubenzuckerinjektion auf subkutan verimpfte Kokken, von H. Shimada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 318. Staphylokokken oder Streptokokken wurden subkutan auf Mäuse übertragen, nach 24 Stunden wurden die lokalen Gewebssäfte auf Keimgehalt untersucht (durch Kultur). Die bakterizide Kraft der Subkutis der vorbehandelten Tiere scheint stärker zu sein als die der unbehandelten. Rivanolwirkung wurde durch Zuckerinjektion deutlich gesteigert.

Über den Einfluß der Traubenzuckerinjektion auf der Primäraklerose bei der Rattenbißkrankheit in Kaninchen, von H. Shimada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 328. Spirochaeta muris wurde in Schamlippe oder Skrotum verimpft. Bei den mit Zucker injizierten Tieren waren die lokalen Erscheinungen weniger deutlich ausgeprägt als bei den Kontrolltieren. Die Induration war schwach, bildete sich früher zurück, trat mitunter erst später zutage.

Über den Einfluß der Traubenzuckerinjektion auf die experimentelle Rattenbißkrankheit bei Mäusen, von H. Shimada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 349. Nach intraperitonealer Impfung wurde auf Spirochäten im Blute bei Tieren, denen intravenös und intraperitoneal Traubenzucker injiziert worden war, untersucht. Peritoneal wurde

Digitized by Google

durch isotonische Zuckerlösung die Inkubation um 1—3 Tage verlängert; dreifach konzentrierte (12%ige) Zuckerlösung verlängerte die Inkubation nicht, 50%ige Lösung war lebensgefährlich. 50%ige Lösung, intravenös mehrfach injiziert, verlängerte die Inkubation, 12%ige Lösung hingegen nicht. Salvarsan erhält durch 50%ige Zuckerlösung erhöhte Wirksamkeit.

Über die Schwankung der Antikörper bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, von H. Shimada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 384. Hämolyse und Agglutination wurden kontrolliert. Bei Graviden Produktion des Agglutinins verstärkt, Hämolysin verhält sich umgekehrt. Bei der Geburt bleibt der Agglutinintiter konstant, während der Hämolysintiter nach der Geburt deutlich fällt, um bald auf seine alte Höhe zurückzukehren.

1926, Bd. 8, H. 3

Pathologisch-anatomische Untersuchung der Nierentuberkulose, von Y. Niijima, Path. Univ.-Inst. Kyoto. S. 395. Ergebnis des Studiums von 4028 Sektionsprotokollen. Bei 3,7% aller Fälle, 28,1% aller tuberkulösen Leichen fand sich Nierentuberkulose. Maximum zwischen 16. und 30. Lebensjahr; häufiger beiderseits. Die rechte Niere erkrankt häufiger. Primärherd meist im Mark. Echte primäre Nierentuberkulose sehr selten.

Papulonekrotische Tuberkulide und miliopustulöse Syphilide, von S. Watanabe, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 407. 4 Fälle von universellem disseminiertem papulonekrotischem Tuberkulid, die dem mikropustulösen Syphilid sehr ähnlich waren. Differentialdiagnose oft schwierig und nur ex juvantibus zu stellen. Bei Syphiliden meist noch schwerere Augen-, Ohren-, Nerven-, Allgemeinsymptome. Die histologischen Veränderungen beider Eruptionsformen sehr ähnlich.

Ein Beitrag zur Statistik des Ekzems. II. Mitteilung, von Sh. Kobayashi. S. 424. Statistische Bearbeitung von 2649 Kinderekzemen aus 6 Jahren nach Geschlecht, Alter, Jahreszeit. November bis Januar höchste, Juni bis August niedrigste Frequenz.

The Dye-excreting Function of the Sweat-glands (Über die Farbstoffausscheidung durch die Schweißdrüsen), von Sh. Takahashi, II. Med. Univ.-Kl. Kyoto. S. 441. Von 64 intravenös injizierten Farbstoffen waren bei einer Katze im Schweiß nachweisbar Azofuchsin, Krysordin, Eosamin, Bismarckbraun, Rosazurin, Pyronin, Rhodamin B und S, Auramin. Die Ausscheidung begann in der Regel nach 2 Stunden. Die Ausscheidung scheint von der Diffusionsfähigkeit der Stoffe abzuhängen; eine Beziehung zu ihrer Lipoidlöslichkeit ist nicht nachweisbar.

Experimental Studies of Precipitin and the Specific Cuti-Reaction. V. The Disappearence of the Cutaneously Injected Antigens in Normal and Immunized Animals (Experimentelle Untersuchungen über Präzipitin und spezifische Kutireaktion. V. Das Verschwinden von in die Haut injizierten Antigenen bei normalen und immunisierten Tieren), von G. Shoji, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 457. Normale Kaninchen wurden 4—5mal rechts in das Abdomen injiziert und das Hautgewebe 24, 48, 72, 96 und 120 Stunden später exzidiert. Immunisierte Tiere wurden an der linken Seite des Abdomens injiziert, die Haut 1, 2 und 3 Tage später untersucht. Aus den Gewebsstückchen wurde eine Emulsion bereitet. Bei normalen Kaninchen wurde das injizierte Eiweiß und heterogene Serum durch Präzipitierung noch nach 4—5 Tagen festgestellt, während bei immunisierten Tieren die Antigene schon nach 24 Stunden sehr verringert und nach 3—4 Tagen völlig verschwunden waren. M. Gumpert-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review

Februar 1927, Bd. 31, Nr. 2

Diverticula of the Urinary Bladder (Divertikel der Harnblase), von H. J. Pokley-Chicago, Ills. (Fortsetzung folgt.) S. 67.

Strictures of the Urethra (Harnröhrenstrikturen), von G. Sh. Peterkin-Seattle, Washington. S. 78. Von dem Gesichtspunkte ausgehend, daß es die Pflicht des Arztes ist, sich um die Bedürfnisse des Kranken als des Zahlenden zu kümmern, werden dessen Fragen, die sich aus den ihm bemerkbaren Erscheinungen der Strikturen ergeben, beantwortet.

Syphilis. A Clinical Consideration (Syphilis. Eine klinische Betrachtung), von L. Hollander-Pittsburg, Pa. S. 88. Es wird eingehend auseinandergesetzt, aus welchen

Digitized by Google

Gründen in den beschriebenen Fällen von tertiären nodösen, ulzerösen und gummösen Syphiliden, die vorher anderweitig längere Zeit unter anderen Diagnosen behandelt worden waren, die Diagnose Syphilis gestellt werden mußte. Der negative Wassermann spricht nicht gegen aktive Syphilis. Das Studium der Familiengeschichte kann in zweifelhaften Fällen wertvolle Aufschlüsse geben. Bei der Lokalisation von Gummen spielen Traumen eine wichtige Rolle.

Frequent Miscarriages Associated with Pyelitis. Report of a Case in which Treatment was Followed by a Successful Pregnancy (Häufige Aborte in Verbindung mit Pyelitis. Bericht eines Falles, in dem auf die Behandlung erfolgreiche Schwangerschaft folgte), von D. Macomber-Boston, Mass. S. 96. E. Levin-Berlin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Dermatology

Bd. 20, Nr. 4. Sitzung vom 18. Nov. 1926

A. M. H. Gray: **Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta.** S. 341. Zuerst für Varizellen gehaltener Fall bei einem 13jähr. Knaben. Die primären Läsionen stellen blasse, schmutzig-bräunliche, leicht erhabene Papeln mit weicher, nicht schuppender Oberfläche dar, die ohne Gruppierung diffus verteilt sind. Nach einigen Tagen zeigen sie z. T. zentrale Hämorrhagien, die eintrocknen und mit Narbenbildung abheilen; bisweilen finden sich auch längere Zeit bräunlich gefärbte und farblose Läsionen mit feinen Schuppen.

J. M. H. MacLeod und J. E. M. Wigley: **Case of Parapsoriasis of Mixed Type** (Fall von Parapsoriasis von Mischtypus). S. 344. Es finden sich an Rumpf und Armen große, rötliche, fein schuppende Plaques vom Charakter der „Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées" und an den Schenkeln retikuläre Formen von Parakeratosis variegata.

J. M. H. MacLeod und J. E. M. Wigley: **Case of Epithelioma on Sclerodermia** (Fall von Epitheliom auf Sklerodermie). S. 344. Mehrfache fleck- und bandförmige Sklerodermieherde, auf deren einem am Unterschenkel sich ein fungöses Geschwür entwickelt hat. Das Vorliegen einer Sklerodermie an der Stelle des Epithelioms wird von mehreren Seiten bezweifelt. Eine histologische Untersuchung soll Klarheit darüber schaffen.

H. Davis: **Paget's Disease** (Pagetsche Krankheit). S. 346. Seit mehreren Jahren beobachteter Fall, der keine malignen Veränderungen zeigt.

J. H. Sequeira: **Ulcerating Granuloma** (Ulzerierendes Granulom). S. 346. Wiederholte Eruption plötzlich auftretender Granulome, die sich sehr schnell in Geschwüre umwandeln.

H. W. Barber: **Two Cases of Boeck's Sarcoid. (Benign Lymphogranuloma of Schaumann.) Treated by Intramuscular Injections of Sodium Morrhuate** (Zwei Fälle von Boeckschem Sarkoid. [Benignes Lymphogranulom Schaumann.] Behandlung mit intramuskulären Einspritzungen von Natrium-Morrhuat.). S. 348. In dem einen Falle vorzüglicher Erfolg, in dem anderen völliges Versagen.

W. N. Goldsmith: **Case for Diagnosis. (?) Erytheme Nodosum** (Fall zur Diagnose. Erythema nodosum?). S. 349. Bei einem jungen Mädchen an den Unterschenkeln, besonders in der Umgebung der Achillessehne sowie an den Fingern, Knoten, die stellenweise ulzerieren. Auffallend ist die Lokalisation, die diffuse Zyanose, die Ulzeration, das Fehlen konstitutioneller Symptome und örtlicher Schmerzen. Es scheint ein Zusammenhang mit Frostbeulen zu bestehen.

H. Mac Cormac: **Lupus Vulgaris with Epithelioma** (Lupus vulgaris mit Epitheliom). S. 351. Vorher mit Finsen, soweit festzustellen nicht mit Röntgen behandelt. Besprechung über zweckmäßige Behandlung.

A. C. Roxburgh: **Case of Permanent Freckles Treated with Pure Carbolic Acid** (Behandlung eines Falles von Sommersprossen mit reiner Karbolsäure). S. 352. Frühere Behandlung mit Hydrogen.-peroxydat.-Salbe ohne besonderen Erfolg, jetzt sehr gebessert. Rückfälle sind stets zu befürchten, wenn nicht Zerstörung des ganzen Epithels stattfindet, die Narbenbildung bewirkt.

M. S. Thomson: **(?) Lymphangioma** (Lymphangiom?). S. 352. Eruption am Gesäß. Histologisch Lymphangiektasie, doch keine Vermehrung der Lymphgefäße. An beiden Händen Lupus erythematosus.

Digitized by Google

M. S. Thomson: **Case of Cutis Verticis Gyrata** (Fall von Cutis verticis gyrata). S. 353. Kind von 18 Monaten, angeblich von Geburt an erkrankt. Die hier vorliegende Abart der Krankheit ist wahrscheinlich nävoider Natur.

E. G. Graham Little: **Pemphigus of the Conjunctiva, Mouth, Pharynx, and Groin** (Pemphigus an Konjunktiven, Mund, Pharynx, Leistenbeugen). S. 353. Die seit 3 Jahren bestehende Erkrankung begann mit verhältnismäßig geringen Erscheinungen an der Haut; dagegen sind die Schleimhauterscheinungen stärker ausgebildet, so daß die Uvula geschwunden ist. E. Levin-Berlin.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1927, Bd. 39, Nr. 2

The Psychological Factor in Dermatitis (Der psychologische Faktor bei Hautentzündungen), von W. J. O'Donovan-London. S. 49. Verf. glaubt, daß der Einfluß psychischer Emotionen auf die Entstehung von Hautkrankheiten im allgemeinen noch zu wenig Beachtung finde und fordert, daß jeder Pat., der mit einer Dermatitis in Behandlung komme, auf solche psychischen Vorgänge genau ausgeforscht werde (auch auf vorhergegangene Operationen). Es werden eine Anzahl Fälle beschrieben, wo zweifellos psychische Einflüsse eine Hauptrolle spielten, wie seborrhoisches Ekzem, chronische Beingeschwüre usw., und durch innere Mittel (Brom u. ä.) innerhalb relativ kurzer Zeit Heilung erfolgte.

Syphilitic Macular Atrophy (Über die syphilitische makulöse Atrophie), von G. B. Dowling-London. S. 55. Bisher nur 4 Fälle dieser Art in England beschrieben. Vorliegender Fall: 44jähr. Mann, Primäraffekt vor 24 Jahren. Neben einem gummösen Syphilid (am linken Arm) eine über Rücken, Brust, Bauch, Schultern usw. sich erstreckende Eruption; dieselbe besteht aus weißen linsenförmigen Erhabenheiten von $^1/_4$—$^3/_4$ Zoll im Durchmesser, deren histologisches Bild Abflachung der Papillen, Verdünnung der Epidermis, teilweisen Schwund des elastischen Gewebes ergab. Im allgemeinen tritt die makulöse Atrophie frühzeitig im zweiten Stadium der Syphilis auf, wie sie auch im vorliegenden Falle viele Jahre vom Pat. zurückdatiert wird. Die Veränderungen der syphilitischen makulösen Atrophie bilden sich wahrscheinlich nicht aus der Resorption eines gewöhnlichen papulösen Syphilids, sondern es dürfte sich um eine selbständige spezielle Art von Eruption handeln, die auf anscheinend normaler Haut sich bildet. Auch bei Tuberkulose wird makulöse Hautatrophie (meist auf Lichen scrofulosorum folgend) beobachtet, und außerdem mußten differentialdiagnostisch noch Anetodermia erythematodes (Jadassohn) und die multiplen gutartigen geschwulstähnlichen Neubildungen von Schweninger und Buzzi in Betracht gezogen werden.

Hypoplasia (Aplasia) Pilorum Moniliformis (Hypoplasia pilorum moniliformis), von F. P. Weber und J. Axhausen. S. 62. 3jähr. Knabe, der mit Hyperplasia moniliformis der Haare und gleichzeitig mit follikulärer Keratose des behaarten Kopfes behaftet ist. Die Kopfhaare sind meist nur einige Millimeter lang. Die steifen Haare und die rauhe Kopfhaut geben ein charakteristisches Gefühl, wenn man sie mit der Handfläche berührt. Die kurzen Haare können leicht ausgezogen werden, und viele derselben zeigen eine knopfförmige Beschaffenheit, selbst bei Besichtigung mit bloßem Auge; unter dem Mikroskop sieht man abwechselnd Verdünnung und spindelartige (fusiforme oder moniliforme) Verdickungen der Haare. Die Kürze der moniliformen Haare ist zurückzuführen auf ihren allgemein hypotrophischen Zustand und ihre Tendenz, abzubrechen. Die Augenbrauenhaare sind sehr fein und spärlich und ebenso wie die der Augenlider ausgesprochen moniliform. Andererseits ist nichts Besonderes in bezug auf die Haut, Nägel oder Zähne bei dem Knaben zu beobachten; keine Ichthyosis, keine Hypoplasie oder Aplasie der Zähne. Der Knabe ist gut gewachsen und frei von irgend einem Defekt der inneren Organe.

Unrecognized Cases of Congenital Syphilis (Unerkannte Fälle angeborener Syphilis), von St. V. Goldhurst. S. 66. Eine Zusammenstellung von 27 Fällen, welche im Verlaufe von 3 Jahren bei einer Gesamtsumme von etwa 2000 Fällen meist als tuberkulös angenommen wurden und deren Diagnose durch positive WR und spezifische Behandlung gesichert war. G. ist überzeugt, daß die Abnahme der Fälle von angeborener Lues nur eine scheinbare ist und dieselbe infolge anderer, mehr in die Augen fallender Krankheitserscheinungen oft übersehen wird. M. Stern-München.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen

Technique de la réaction du benjoin colloïdal (Technik der kolloidalen Benzoereaktion), von G. Guillain, G. Laroche und P. Lechelle-Paris. (Verlag Masson & Cie., Paris 1926.) Das Buch stellt eine Neuausgabe des 1922 erschienenen gleichen Werkes dar. Es behandelt das zur Reaktion notwendige Material, dann ausführlich die Technik, und zwar zuerst der „Réaction complète", dann der „Réaction simplifiée", die im Gegensatz zur ersteren, die 15 Verdünnungen von $^8/_4$, $^1/_8$, $^1/_4$ usw. an enthielt, nur die ersten 6 Röhrchen aufweist (seit 1921 besteht die vereinfachte Reaktion sogar nur aus 5 Röhrchen, da $^8/_4$ weggelassen ist). Schließlich werden die Ergebnisse eingehend geschildert und interpretiert, und zwar jene bei der Paralyse, dann bei Lues cerebri, bei Tabes, bei Lues II, bei Meningitis, schließlich bei Gehirntumor, Gehirnabszeß und multipler Sklerose.
V. Kafka-Hamburg.

Klinisches Lehrbuch der Inkretologie und Inkretotherapie, von G. Bayer-Innsbruck und R. von den Velden-Berlin. (Preis R.M. 27,—, geb. R.M. 29,—. Verlag G. Thieme, Leipzig 1927.) Wie auf vielen Gebieten haben auch ganz besonders in unserer Spezialdisziplin die endokrinen Organe in theoretischer und praktischer Beziehung eine große Bedeutung erlangt. Wir stehen aber erst im Beginn der ganzen Forschung, weniges ist völlig geklärt, das meiste Hypothese. Da ist es nun für uns von ganz besonderem Wert, eine umfassende, nicht nur das rein Wissenschaftliche, sondern auch das Praktische dieser Fragen behandelnde Darstellung zu haben. Unter der Ägide von Bayer und v. d. Velden haben sich eine Anzahl von Verff., die sich mit dem Gegenstand beschäftigt haben, zusammengetan und alle in Betracht kommenden Gesichtspunkte in ziemlich erschöpfender und doch nicht zu breiter Weise erörtert. Geschichte der Entwicklung unser Kenntnisse (Koch), Anatomie und Physiologie (Bayer), Gesamtwirkungen und allgemeine Therapie (v. d. Velden), interne Affektionen, Gynäkologie, Neurologie, die einzelnen endokrinen Organe in Beziehung zu Krankheitsbildern, Therapie werden abgehandelt. Die Dermatologie hat Rothman thematisch gründlich, im einzelnen hier und da vielleicht manchmal etwas zu summarisch, aber im ganzen doch recht gut dargestellt. Einzelne Korrekturen — wie die durch Buschke und Gumpert, doch mit Recht kritisierte — zu einseitig sexologisch aufgefaßte, Calvities adoleszentium von Stein, das Fehlen der Pellagra, die bekannte Tatsache des üppigen Haarwuchstums in der Gravidität, die etwas vernachlässigte Beziehung der Psoriasis zur Endokrinie, die vielleicht nicht genügend starke Hervorhebung konstitutioneller Momente bei Dermatosen (Psoriasis, Lichen ruber usw.), tun dieser Darstellung nur wenig Abbruch. Es liegt in der Natur eines solchen Sammelwerkes, daß — besonders in einem so hypothetischen Gebiet — nicht alles gleichmäßig bearbeitet ist, gelegentlich auch ein Widerspruch sich zeigt, vor allem je nach der Einstellung des Verf. manches sehr kritisch, anderes doch nur Hypothetische zu sehr herausgestellt wird. Bei der für den Praktiker berechneten Kürze der Darstellung dieses schwierigen Gebietes kann das nicht anders sein. Im ganzen ist das Buch, das auch den innigen Zusammenhang der Dermatologie mit der Gesamtmedizin reich illustriert, für uns von außerordentlichem Wert und wird sicher die Erfassung einschlägiger Probleme und Erforschung tatsächlicher Zusammenhänge sehr fördern, für die Praxis aber — wenn man sich immer das Problematische vieler Fragen auf diesem Gebiet vor Augen hält — sehr nützlich sein. Das Werk sei gerade den Dermatologen zum Studium aufs wärmste empfohlen.
A. Buschke-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Milch als Hautpflege- und Hautheilmittel, von C. Bruck, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Altona. (D. m. W., 1927, Nr. 8, S. 322.) Empfehlung der von der Chemischen Fabrik Milkal in Hamburg hergestellten Milkuderm-Präparate wie Milkuderm spissum (Salbenfirnis) und Milkuderm liquidum, die aus reiner sterilisierter Vollmilch in kondensierter Form bestehen und haltbar sind. Die beiden Grundlagen können mit Zusätzen jeglicher Art versehen werden.
F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Über fixe Arzneiexantheme, von O. Naegeli-Bern. (Kl. W., 1927, Nr. 1, S. 25 und Nr. 2, S. 73.) Eingehende historische und klinische Betrachtung über das Auftreten und die Ätiologie der fixen Arzneiexantheme unter Berücksichtigung der wichtigsten Literatur dieses Gebietes. Die einzelnen Arzneimittel, die ein solches Exanthem ausgelöst haben, werden aufgezählt. Es handelt sich klinisch um rein lokale Alterationen, deren Erscheinen zeitlich nicht an einen bestimmten Termin nach Verabreichung des betreffenden Stoffes gebunden ist. Es können Sensibilisierungs- und Desensibilisierungserscheinungen miteinander abwechseln. Eine sichere Beeinflussung ist nicht immer möglich. Meist handelt es sich bei den fixen Exanthemen um eine streng spezifische Einstellung der Überempfindlichkeit. Es kommen aber auch polyvalente Formen vor. Prognostisch bedeuten die fixen Exantheme keine unbedingte Kontraindikation gegen die weitere Verabreichung der betreffenden Stoffe. Bezüglich der Ursachen für die strenge Lokalisation dieser Exantheme lassen sich sichere Beweise nicht anführen. Verf. definiert nach Besprechung der hauptsächlichsten und wahrscheinlichsten Theorien seinen Standpunkt folgendermaßen: „Es können innerhalb größerer, anatomisch und funktionell anscheinend völlig identischer Hautteile biologisch verschiedenartige Zellkomplexe vorhanden sein, in denen das wesentliche Moment wohl der meisten fixen Arzneiexantheme zu erblicken ist". E. Langer-Berlin.

Zur Kenntnis der Primeldermatitis, von A. Nestler-Prag. (M. Kl., 1927, Nr. 9, S. 315—316.) Die Empfindlichkeit gegenüber dem Primelgift scheint eine sehr verschiedene und auch von besonderen, noch unbekannten Umständen abhängige zu sein; auch vollständig immune Menschen scheint es zu geben. Es ist jedoch der Forderung von Pinkus (M. Kl., 1926, Nr. 37, Ref. Derm. W., 1927, Bd. 84, S. 75), die Primeln völlig zu verbieten, nicht beizupflichten, vielmehr genügt die Kenntnis der Möglichkeit einer Primeldermatitis, um beim Auftreten von Hautreizungen die betreffenden Pflanzen zu entfernen. E. Levin-Berlin.

Primeldermatitis, von O. Walter und A. Stein. (Klinitscheskaja Medicina, 1927, Bd. 5, Nr. 1.) Bei allen Personen, welche bei den Versuchen der beiden Verf. experimentell der Einwirkung der Primula obconica unterworfen wurden, entwickelten sich in geringerem oder stärkerem Grade entzündliche Erscheinungen. In allen Fällen wurde die Reaktion verstärkt durch Epidermisverletzungen. Stets war die Reaktion des Organismus eine lokale, jedoch in völliger Abhängigkeit von der Konzentration des wirkenden Agens. Bei bedeutender Stärke desselben wurde eine rasche Blasenbildung erzielt, deren Abheilung eine bedeutende Zeit beanspruchte, bis zu 94 Tagen. Histologisch handelt es sich um einen entzündlichen Prozeß mit Ödem- und Nekrosenbildung, welcher in ein chronisches Stadium übergeht. A. Jordan-Moskau.

Über die Heilung eines hartnäckigen Arzneiexanthems durch Levurinose, von E. Klebe-Hamburg. (M. Kl., 1927, Nr. 9, S. 318.) Bei einer Pat., die schon früher eine Idiosynkrasie gegen Pyramidon gezeigt hatte, entwickelte sich bei der Behandlung einer septischen Allgemeinerkrankung eine hartnäckige und mehrfach rezidivierende Dermatitis nach Darreichung antipyrinhaltiger (Pyramidon und Veramon) sowie auch chininhaltiger Medikamente. Eine Heilung wurde schließlich durch Levurinose erreicht, nachdem ein anderes Hefepräparat versagt hatte. E. Levin-Berlin.

Durch berufliche Arbeit und soziale Verhältnisse bedingte Hauterkrankungen bei der Agrarbevölkerung, von L. Arzt. (W. m. W., 1927, Nr. 1, S. 3.) Allgemein gehaltener Fortbildungsvortrag. Für den Dermatologen nicht Neues. E. Langer-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Die kurzwelligsten ultravioletten Strahlen im Sonnenspektrum, von H. Meyer-Bremen. (Kl. W., 1927, Nr. 3, S. 143.) Verf. schlägt vor, den kurzwelligen Anteil des Ultravioletts, der noch im Sonnenspektrum vorhanden ist, d. h. den Spektralbezirk zwischen 320—290 μμ, als Dornostrahlen zu bezeichnen. E. Langer-Berlin.

Modification de l'équilibre neuro-végétatif sous l'influence des radiations ultra-violettes (Änderung des Gleichgewichtes des vegetativen Nervensystems unter dem Einfluß des ultravioletten Lichtes), von H. Dorlencourt und L. Garot. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 36, S. 1411.) Die Verff. haben die Ergebnisse des okulo-kardialen Reflexes vor und nach Belichtungen verglichen und sind zu folgenden Ergebnissen gekommen. Die Pulszahl sinkt nach Belichtungen; desgleichen ist die

Digitized by Google

Herabsetzung der Pulszahl während des Reflexes nach Belichtungen geringer als vor derselben. Besonders deutlich wird dies bei asthmatischen Individuen.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Zur Biochemie der Strahlenwirkungen, von Ch. Kroetz, Med. Univ.-Kl. Greifswald. (Arch. f. exper. Path., 1927, Bd. 120, H. 5/6, S. 351.) Methodik: Selbstversuch. Bei analysierter Kost von ausreichendem Vitamin- und Kaloriengehalt wird während einer fünftägigen Vorperiode, während zweier je fünftägiger Bestrahlungsperioden und einer fünftägigen Nachperiode der Gehalt der Ausscheidungen an den Mineralien Na, K, Ca, Mg, P und Cl untersucht. Während der Bestrahlungsperioden erfolgen tägliche Ganzbestrahlungen mit Hanauer Quarzlampe bis zu Verbrennungen ersten und zweiten Grades. Ergebnis: In der Vorperiode positive Bilanz für alle Mineralien außer K, und zwar für die Kationen mehr als für die Anionen, so daß eine Anreicherung des Körpers an Basen erfolgt. Die Bestrahlung bewirkt zunächst einen verminderten Mineralansatz, dann aber eine Anreicherung an P, Mg und in der Nachperiode auch Ca. Die Anreicherung ist bei weitem am stärksten für den Phosphor, so daß es im Gegensatz zur Vorperiode zu einer Säureretention kommt. In der Säuerung des Organismus und in der Anreicherung des typischen Gewebsions Phosphors (während die Säfteionen Na und Cl abnehmen) wird eine wichtige Wirkung der Ultraviolettstrahlung gesehen.
R. Liebeschütz-Plaut-Hamburg.

Versuche zur elektiven Wirkung von ultravioletten und Radiumstrahlen, von J. Seide-Würzburg. (D. m. W., 1927, Nr. 8, S. 317.) Versuche an Askarisembryonen zeigten ebenso wie solche an Hydatinaweibchen, daß Röntgen- und Radiumbestrahlungen im Sinne des Bergonié-Tribondeauschen Gesetzes auf die Zellen wirken, während Bestrahlungen mit ultraviolettem Licht ein direkt entgegengesetztes Ergebnis lieferten. Die Untersuchungen beweisen, daß man auch bei ultraviolettem Licht von einer elektiven Wirkung sprechen kann.
F. Harry-Wiesbaden.

Ultra-violet Light from Open Arc With Titanium Electrodes (Das Ultraviolettlicht einer offenen Bogenlampe mit Titaniumstiften), von A. Roberts. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3447, S. 184.) Der Lichtbogen dieser Lampe ist reich an kurzwelligem Ultraviolett, so daß in kurzer Zeit eine lebhafte Reaktion auf der Haut eintritt, bei wiederholter Bestrahlung und Pigmentation.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Ein Beitrag zum Wirkungsmechanismus harter Röntgenstrahlen, von W. Koose, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (Bruns' Beitr., 1927, Bd. 139, H. 1, S. 45.) Explantiert bestrahlte Epidermis des Menschen und der Haut weißer Mäuse ist bedeutend weniger röntgenempfindlich als im unverletzten Körper. Verf. zweifelt deshalb daran, daß der primäre Angriffspunkt der Röntgenstrahlen das Zellprotoplasma oder der Zellkern ist. Das Tribondeau-Bergoniésche Gesetz von der besonderen Röntgenempfindlichkeit rasch sich teilender Gewebe ist unhaltbar, da gerade sich reichlich vermehrende embryonale Zellkulturen recht hohe Dosen ohne dauernde Schädigung vertragen. Die Röntgenwirkung hängt eher von den Veränderungen in dem die Zellen umgebenden Medium ab; die Annahme chemischer Veränderung dieses Mediums z. B. der Fasersubstanz bildet eine brauchbare Arbeitshypothese. Verf. beobachtete eine von einem in vitro bestrahlten Mäusehautlappen ausgehende tödliche Giftwirkung.
W. Curth-Berlin.

Über den indirekten Faktor in der therapeutischen Strahlenwirkung, von N. Waterman und L. de Kromme-Amsterdam. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1927, Bd. 35, H. 4, S. 783—786.) Der indirekte Faktor ist in der therapeutischen Bestrahlung von großer Wichtigkeit und fordert dazu auf, sie auf biologischer Grundlage aufzubauen. Die indirekte Wirkung der Röntgenstrahlung wird an einem Bestrahlungsversuch gezeigt.
E. Levin-Berlin.

Die Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen, von Suchareff. (Klinitscheskaja Medicina, 1927, Bd. 5, Nr. 2.) Die Forderung von Meyer und anderen der Anwendung eines Filters von 0,5 von Aluminium bei Bestrahlung eines jeden krankhaften Prozesses mit Röntgenstrahlen ist nach Verf. nicht praktisch. Bei der Bestrahlung müssen alle für Röntgenstrahlen sensibilisierenden Momente, wie Salbenanwendung und Gebrauch innerer Mittel, in Betracht gezogen werden. Bei einigen Hautkrankheiten können Mittel, welche für Röntgenstrahlen sensibilisieren, zur Hilfe herangezogen werden.
A. Jordan-Moskau.

Röntgenbehandlung der spontanen, posttraumatischen und postoperativen Kokkenentzündungs- und Eiterungsprozesse, von G. Holzknecht-Wien. (W. m. W., 1927, Nr. 1, S. 9.) Besprechung der Behandlung akut entzündlicher Prozesse nach der von Heidenhain und Fried angegebenen Methode der kleinen Dosen. Die Resultate sind

Digitized by Google

im großen und ganzen bei einer Beobachtung von etwa 2000 Fällen recht befriedigend. In den günstigen Fällen verschwinden in den ersten 24 Stunden nach vorhergehender Steigerung oder lytisch Temperatur, Schmerzen, Schwellung, oder es kommt zur schnellen Einschmelzung, die mit Stichinzision oder Punktion eröffnet werden muß. Nicht vor der Bestrahlung eröffnen! In einem Teil genügt einmalige Bestrahlung, sonst Wiederholung nach 4—6 Tagen. Etwa 10—20% bleiben Versager. Diese Behandlungsmethode bedeutet einen großen Fortschritt in der Therapie, besonders eine außerordentliche Erleichterung für die Kranken. E. Langer-Berlin.

Drei-Phasen-Behandlung der Krebskrankheit und histogenetische Strahlentherapie, von P. Lazarus-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 11, S. 439; Nr. 12, S. 479 und Nr. 13, S. 521.) Verf. empfiehlt eine dreiphasig abgestufte Behandlung, die sich 1. auf den Krebsherd, 2. auf den Mutterboden und 3. auf den Gesamtorganismus erstreckt. Die Maximalbestrahlung soll sich lediglich auf den Krebsherd zwecks völliger Nekrobiose unter Schonung des Mutterbodens beschränken. Röntgen ermöglicht wohl großflächige Tiefenheilwirkungen, schädigt aber bei Überdosierung die Reaktionskräfte des Mutterbodens und des Organismus. Eine schwächere Dosis dagegen vermag im Mutterboden eine dermarkierende Entzündung hervorzurufen, die den Krankheitsherd kapselartig umschnürt, seine Gefäßzufuhr hemmt und ihn vom Organismus möglichst isoliert. Eine dritte Aufgabe bei der Krebsbehandlung besteht darin, die lymphatischen, erythropoëtischen hormonalen, vaskulären und kutanen Abwehrkräfte des Organismus anzuregen. Dies geschieht mittels großflächiger Dauerschwachbestrahlungen mit 1—15 mg El. enthaltenden Radium-Messingkapseln, die abwechselnd auf die spongiösen Knochen, Milz, Lymphdrüsen, Leber-, Herz-, Schilddrüsen- und Thymusgegend stunden- bis tagelang aufgelegt werden. Hinzukommt die Behandlung mit Arsen, Thyreoidin, Jod, Reizdiät (Mineralstoffe, besonders Kalzium). An Hand eines Falles wird die Technik der Drei-Phasenbehandlung genau beschrieben. F. Harry-Wiesbaden.

Zur genaueren Kenntnis der Röntgenwirkung auf Krebsgeschwülste (Über einen röntgenbestrahlten Basalzellkrebs der Haut), von H. Hamperl und G. Schwarz, Path.-Anat. Univ.-Inst. Wien. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 4, S. 607.) Röntgenstrahlen wirken vornehmlich auf den epithelialen Teil der Geschwülste. Sie steigern die regressiven Metamorphosen (Verflüssigung, Vakuolenbildung, Nekrose) und bewirken eine Umwandlung der Geschwulstzellen zu verhornendem Plattenepithel. Die Wucherungsvorgänge des Bindegewebes erscheinen daneben sekundärer Art. Lympho- und leukozytäre Elemente im Stroma wurden weder im Früh- noch im Spätwirkungsstadium zerstört. Die Mitosenzahl sinkt schon 2 Stunden nach der ersten Bestrahlung von 0,2 praktisch auf Null. Die mitosenfreie Zwischenzeit dauert etwa bis zum 36. Tage. Mit dem Wiederauftreten von Mitosen (Sekundäraffekt) hört die Rückbildung des Tumors auf, um nach neuerlicher Bestrahlung wieder einzusetzen. Bei dem durch Schnittfolgen geklärten Fall blieb ein Geschwulstrest zurück, worin Rezidive entstanden. Diese konnten durch strahlentechnische Fehler nicht erklärt werden. Der strahlenresistente Rest gehörte einer Randzone der Geschwulst an und entsprach wahrscheinlich ihrer jüngsten Partie. In den Rezidiven traten 20mal mehr Mitosen, teils von atypischer Form, auf als im ursprünglichen Tumor. Man brauchte deshalb höhere Röntgenlichtmengen, sie zum Verschwinden zu bringen. Sowohl die laterale, in dosi plena, als auch die mediale, in dosi refracta, bestrahlte Geschwulsthälfte bildeten sich gleichmäßig zurück. Die zur Beseitigung der Rezidive notwendigen enormen Dosen wurden ausschließlich in dosi refracta verabreicht, wodurch es möglich war, die gesunde Umgebung zu schonen, da gemäß der Elektivität der Strahlung vornehmlich die blastomatösen Zellen verändert werden. E. Kottmaier-Mainz.

Zur Bestrahlung inoperabler Pharynx- und Larynxkarzinome nach Mayer-Wien, von V. Hinsberg, Hals-, Nasen- und Ohrenkl. Breslau. (Bruns' Beitr., 1927, Bd. 139, H. 1, S. 35.) Bericht über Versuche, die Radiosensibilität maligner Tumoren durch intravenöse Verabreichung von 50%iger Dextroselösung zu erhöhen. Bei vier Fällen weitgehende Besserung, allerdings bei keinem Heilung. Drei andere Fälle lassen wegen der Kürze der Beobachtungszeit noch kein abschließendes Urteil zu. Angegeben ist das Verfahren von Mayer-Wien. W. kl. W., 1926, Nr. 6, S. 170. W. Curth-Berlin.

Die Härtemessung der Röntgenstrahlen in der Diagnostik und Therapie, von H. Holthusen, Röntgeninst. Allg. Krkhs. St. Georg, Hamburg. (D. m. W., 1927, Nr. 11, S. 437.) Die beste Methode der Qualifizierung einer diagnostischen Röntgenbestrahlung ist die Spannungsmessung an der Kugelfunkenstrecke mit Hochspannungswiderständen.

Digitized by Google

Bei Tiefentherapie wird die Qualität der Strahlen am zuverlässigsten durch Angabe der Halbwertschicht in Kupfer bestimmt. Bei Eichung von Ionisationskammern mit veränderlicher Röntgenempfindlichkeit soll neben der Halbwertschicht auch das Filter bezeichnet werden, hinter dem die Halbwertschicht gemessen worden ist.

F. Harry-Wiesbaden.

Variations of Cutaneous Toleration for Roentgen-Rays (Veränderungen der Hautempfindlichkeit für Röntgenstrahlen), von G. M. McKee und J. J. Eller-New York. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 19, S. 1533.) Nach Aufführung großer Versuchsreihen und praktischer Erfahrungen kommen die Verff. zu folgenden Schlüssen: 1. Jede sichtbare Hautreaktion ist bei der Röntgen- und Radiumbehandlung wegen der Gefahr von Spätschädigungen zu vermeiden. 2. Die Pat. sind während der Röntgenbehandlung sorgsam auf Zeichen drohender Reaktion zu beobachten. 3. Wegen beträchtlicher Verschiedenheiten der Empfindlichkeit auf Röntgenstrahlen (Alter, Lokalisation usw.) sind vor jeder Behandlung Testbestrahlungen an empfindlichen Körperstellen vorzunehmen. Die Größe des Feldes soll Freimarkengröße nicht überschreiten.

J. Callenberg-Horst-Emscher.

The Present Status of our Knowledge of the Effect of Irradiation upon the Generative Organs and the Offspring (Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnis der Strahlenwirkung auf die Keimdrüsen und die Nachkommenschaft), von H. J. Bagg-New York. (Am. J. of Roentgenol., 1926, Bd. 16, Nr. 6, S. 529.) Der zusammenfassende Bericht über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Keimdrüsen enthält keine wesentlich neuen Gesichtspunkte. An der schon durch die Hertwigschen Versuche für Amphibien bewiesenen Möglichkeit der Schädigung der Nachkommenschaft durch Bestrahlung vor der Befruchtung auch für Säugetiere wird festgehalten. Allerdings konnten die diesbezüglichen Versuche von Little und Bagg über das Auftreten erheblicher Mißbildungen durch Röntgenbestrahlung der Keimdrüsen von Mäusen vor der Befruchtung in neuen Versuchsserien nicht bestätigt werden. Sehr ausgesprochen ist die schädigende Wirkung der Bestrahlung von Embryonen. Sie macht sich um so weniger und erst um so später geltend, je weiter die Entwicklung fortgeschritten ist. H. Holthusen-Hamburg.

Röntgenstrahlenschädigungen der Niere beim Menschen, von G. Domagk-Münster. (M. Kl., 1927, Nr. 10, S. 345—347.) Es erscheint nicht ganz ausgeschlossen, daß die bei Kaninchen experimentell erzeugten Nierenschädigungen auch beim Menschen nach intensiven Abdominalbestrahlungen auftreten können. Jedenfalls müssen Urinuntersuchungen noch längere Zeit nach den Bestrahlungen stattfinden.

E. Levin-Berlin.

Zur Radium-, insbesondere Betabestrahlung der Karzinome, von P. Lazarus-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 9, S. 309—312; Nr. 10, S. 347—349.) Die Strahlenbehandlung der Karzinome muß sich aus der zerstörenden Bestrahlung des kranken Gewebes samt der Grenzzone und der die Reaktionsfähigkeit des Mutterbodens erhöhenden, schwellenreizmäßig abgestuften Schwachbestrahlung zusammensetzen. Deshalb muß beim Zungenkarzinom die Röntgenbehandlung versagen, weil sie den Mutterboden mit schädigt, während sich die beiden Forderungen mit den radioaktiven Stoffen erfüllen lassen. Bei der Radiumbestrahlung, die hier besonders für das Zungenkarzinom geschildert wird, sollen die bestrahlten Punkte zwischen schwach oder gar nicht bestrahlten Stellen, den „Regenerationsinseln", liegen. Durch vorhergehende β-Bestrahlung wird zunächst die gesamte infizierte Oberschicht und die intratumoralen Exsudationen fortgeschafft, und es kann dann die γ-Bestrahlung in einer Dosis erfolgen, die den Mutterboden nicht schädigt. E. Levin-Berlin.

Unannehmlichkeiten bei der externen Doramadbehandlung, die Bedeutung heftiger Reaktionen und die Möglichkeit ihrer Verhütung, von O. Naegeli-Bern. (Kl. W., 1926, Nr. 51, S. 2400.) Gegenüber der vielfach behaupteten Harmlosigkeit der Doramadbehandlung kann Verf. aus eigener Beobachtung und der Literatur eine Reihe von Fällen anführen, in denen es zu Früh- oder Spätschädigungen nach der Doramadbehandlung gekommen ist, so Hyperämie, Erythembildung, Teleangiektasien, Blasenbildung, Ulzerationen und Atrophien. Es ist vom Verf. beobachtet worden, daß diese Schädigungen einmal auftraten, wenn die behandelten Hautpartien oft und lange Zeit hindurch mit Wasser in Berührung kamen. Ferner scheint die Kombination von Doramadbehandlung und Sonnenbestrahlung bzw. Erythema solare schädlich zu wirken. Auch gleichzeitige andere therapeutische Maßnahmen, wie Lichtbehandlung, Ätzen, chirurgische Eingriffe, sind in dem doramadbestrahlten Gebiet zu vermeiden. Ebenso muß aber die Behandlung selbst etwas vorsichtiger gehandhabt werden, soll nicht die so zweckmäßige

Digitized by Google

Behandlung in Mißkredit gebracht werden. Möglichst ist Doramadsalbe wegen der sicheren Dosierungsmöglichkeiten zu verwenden. Niemals nehme man als erste Dosis eine höhere Konzentration als 1000 e. s. E. in 1 g Salbe. E. Langer-Berlin.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Über das Symptom der flecken- und gitterförmigen Zyanose bei akuter Pankreasnekrose, von P. Watzel, I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 7, S. 218.) An der Klinik Eiselsberg wurden in letzter Zeit 6 Fälle spontaner, akuter Pankreasnekrose operiert, 4 wurden gerettet. Zyanoseerscheinungen wurden bei den letal verlaufenen Fällen beobachtet. Bei einer 40jähr., über 90 kg schweren Frau trat unmittelbar nach der Operation eine auffallende zyanotische Gitter- und Fleckzeichnung auf, die auch noch 24 Stunden nach dem Tode stehen blieb. Sie entsprach dem subkutanen Venennetz und entstand wahrscheinlich durch eine Lähmung der Vasomotoren durch die bei der Pankreasnekrose freiwerdenden Toxine. M. Cohn-Dresden.

Essential Hematuria and its Possible Relationship to Purpura hemorrhagica (Essentielle Hämaturie und ihre möglichen Beziehungen zur Purpura haemorrhagica), von H. M. Conner und H. C. Bumpus-Rochester, Minn. (Am. J. m. sc., 1927, Bd. 173, Nr. 2, S. 176—184.) In einigen Fällen scheint die essentielle Hämaturie eine lokalisierte Purpura haemorrhagica darzustellen bzw. auf Mangel an Blutplättchen zu beruhen, doch müssen weitere Untersuchungen die Regelmäßigkeit des Zusammenhanges erweisen. E. Levin-Berlin.

Zum Problem der Purpura fulminans, von P. Morawitz, Med. Kl. Würzburg. (M. m. W., 1926, Nr. 38, S. 1558.) Das von Henoch beschriebene Krankheitsbild einer rasch zum Tode führenden hämorrhagischen Diathese bei kleinen Kindern ist bei Erwachsenen bisher noch nicht beschrieben worden. Verf. berichtet einen Fall von Purpura fulminans bei einem 46jähr. Manne, der große Ähnlichkeit mit dem Henochschen Bilde aufweist. Ohne bestimmte Ursache traten Hautblutungen auf, die sich in rapider Weise ausbreiteten, miteinander konfluierten, die Haut großer Gebiete zusammenhängend einnehmend, so daß beide obere Extremitäten fast bis zur Schulter hinauf gleichmäßig dunkelblau und geschwollen erschienen. Im Munde bestanden neben einer Auflockerung des Zahnfleisches einige Blutungen an der Schleimhaut. Die Tonsillen waren nicht vergrößert, die Milz nicht vergrößert, im Harn Spuren von Eiweiß, reichlich Indikan, kein Urobilin, kein Urobilinogen; im Sediment vereinzelte hyaline Zylinder, viele Leukozyten und sehr spärliche Erythrozyten. Der Kranke war während der ganzen 4 Tage dauernden Erkrankung fieberfrei, die bakteriologische Untersuchung fiel negativ aus. Hämoglobingehalt 110% Sahli, 5½ Millionen Erythrozyten, 18500 Leukozyten, 110000 Blutplättchen, darunter viele Riesenplättchen. Blutungszeit aus dem Ohrläppchen über 20 Minuten. An der Haut fand sich keine Nekrose, einzelne Blasen traten auf. Die Obduktion ergab keinen wesentlichen Befund; Niere, Leber und Knochenmark waren normal, am Peritoneum und im Endokard einige punktförmige Blutungen. Die fast genau bilateralsymmetrische Verbreitung der Hautblutungen läßt an eine Erkrankung der Gefäßzentren des Rückenmarks denken; leider ist bei der Obduktion die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks versäumt worden. Die Herabsetzung der Blutplättchenzahl bei der starken Verlängerung der Blutungszeit hängt vielleicht mit der Schädigung der Gefäßfunktion zusammen. F. Winkler-Wien.

Purpura fulminans Due to the Meningococcus. Report of a Case (Stürmisch aufgetretene Purpura infolge von Meningokokken-Infektion), von S. Battley-Detroit. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 2, S. 244—248.) Das akut an anscheinender Pneumonie erkrankte 10monatige Kind zeigte am Tage nach dem Beginn der Erkrankung zahlreiche rasch zunehmende Hämorrhagien an Haut und Schleimhäuten. Exitus innerhalb 20 Stunden. Die Sektion ergab eine Meningokokkensepsis, bei deren akuten Formen Purpura häufig gefunden wird. E. Levin-Berlin.

Le traitement des varices par des injections sclérosantes (Die Krampfader-Behandlung mit sklerosierenden Einspritzungen), von R. Levent. (Gaz. des Hôp., 1927, Nr. 10, S. 160—162.) Die neuerdings angewendeten Medikamente bewirken keine Blutkoagulation, üben vielmehr eine kaustische Wirkung auf die Venenwand aus. Kontraindiziert ist das Verfahren bei symptomatischen und diffusen teleangiektatischen Varizen, bei begleitender elefantiastischer Infiltration oder kallösem Ulkus, bei früher infizierten Varizen, wenn Veneninduration oder periphlebitische Herde Wiederaufflammen der Infektion befürchten lassen. Am häufigsten kommt Natr. salicyl. (30%) zur Anwendung,

Digitized by Google

das jedoch außerhalb der Vene leicht Ätzschorfe gibt. Als Ersatz kommen noch in Betracht: Hydrarg. bijodat. (kleine Dosen wirksamer), Chinin. hydrochlor. Einspritzungen langsam, am besten im Sitzen. E. Levin-Berlin.

Über die Bedeutung des Injektionsverfahrens bei der Varizenbehandlung mit Berücksichtigung des „Varicophtin", von Bierendempfel, Chir. Univ.-Polikl. Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 11, S. 446.) Verf. berichtet über erfolgreiche Resultate der Injektionsbehandlung der Varizen mit Kochsalz. In der Fernbehandlung ist jedoch die operative Methode nach Klapp der konservativen Behandlung überlegen.
F. Harry-Wiesbaden.

New Methods and Principles in the Treatment of Varicose Veins (Neue Methoden und Prinzipien in der Behandlung variköser Venen). von A. L. Vischer. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5396, S. 223.) Übersichtsreferat.

Urtikaria und Erytheme

Studies in Urticaria. I. Wheal Production through Internal Channels (Urtikariastudien. I. Die Bildung von Quaddeln auf internem Wege), von A. Walzer und M. Walzer-New York. (Am. J. m. sc., 1927, Bd. 173, Nr. 2, S. 179—284.) Die experimentelle Erzeugung von Quaddeln hat bisher nur durch direkte Einwirkung verschiedener Agentien auf die Haut stattgefunden, während die vorliegenden Untersuchungen auf immunologischen Prinzipien beruhen. Zur Verwendung kam das von gegen Ei bzw. gegen Fisch überempfindlichen Personen gewonnene Serum. Nach passiver Sensibilisierung der normalen Haut durch intrakutane Injektion wurde der betreffende Nahrungsstoff verabreicht und es entwickelten sich Quaddeln an der Stelle der Sensibilisierung.
E. Levin-Berlin.

Über den Malariaausschlag, von G. G. Demjanow. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1927, Bd. 31, H. 2, S. 89.) Während einer Malariaepidemie 1923 (vorwiegend Tropika) in 15% der Fälle Auftreten eines hämorrhagisch-petechialen Ausschlags vor allem am Leib (Milzgegend), ferner symmetrisch an Brust, Hals, Innenfläche der Vorderarme und Oberschenkel. Das Exanthem verschwindet nicht auf Druck, die Effloreszenzen sind rund oder oval, etwa hanfkorngroß, von rosaroter Farbe, stehen einzeln oder in Gruppen. Das Exanthem verschwindet plötzlich, ohne Residuen. Dauer des Exanthems bei behandelter Malaria durchschnittlich 1 Woche, bei unbehandelter wahrscheinlich länger. Abgrenzung von ähnlichen Exanthemen bei Morbus maculosus Werlhofii und Rekurrens. Gleichzeitiges Vorkommen von Herpes, Purpura haemorrhagica, Urtikaria. Bei einer vorwiegenden Tertianaepidemie 1924 trat der petechiale Ausschlag in über 50% der Fälle auf und war diagnostisch gut verwertbar.
L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Herpes

Sympathetic Uveitis Caused by the Virus of Herpes Simplex (Durch Herpes-simplex-Virus erzeugte sympathische Ophthalmie), von S. R. Gifford und L. H. Lucic. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 7, S. 465.) Diese ausführliche Arbeit (3 farbige, 8 schwarzweiße Photogramme) führt zu folgenden Schlußfolgerungen: Einimpfung von Virus aus einer Herpes-simpl.-Blase in den Konjunktivalsack eines Auges führt bei einer großen Zahl von Kaninchen zu einer, der menschl. sympath. Ophthalmie gleichenden Uveitis des anderen Auges. Zu demselben Resultat führt die Injektion in die Chiasmagegend. Das Virus läßt sich aus dem sekundär erkrankten Auge weiter verimpfen. In 6% aller Fälle entstand im nicht geimpften Auge ein Herpes corneae. Das Virus geht durch Nerven und Chiasma auf das andere Auge über. Inokulationen des Sekrets von menschlicher sympathischer Ophthalmie verliefen negativ. Wahrscheinlich ist das diese sympathische Ophthalmie erzeugende Virus ein dem Herpesvirus verwandtes und filtrierbares Substrat. H. Colman-Berlin.

Zur Frage der Herpesätiologie, von W. Loewenthal-Bern. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 101, H. 6/7, S. 396.) Auf Grund der bisherigen eigenen Untersuchungsergebnisse neigt Verf. der Ansicht zu, daß die Zelleinschlüsse in der herpetischen Kornea Entwicklungsstadien eines Protozoon darstellen. Dieses Protozoon ist wahrscheinlich der Herpeserreger. Dafür spricht die Ähnlichkeit mancher Bilder mit dem Encephalitozoon cuniculi, dagegen jedoch die Spärlichkeit der beschriebenen Einschlüsse. F. Harry-Wiesbaden.

Sur la réceptivité du tissu cellulaire sous-cutané au virus herpétique (Über die Empfänglichkeit des subkutanen Gewebes für Herpesvirus), von P. Remlinger und

Digitized by Google

J. Bailly. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 2, S. 101.) Experimentelle Versuche an Kaninchen sprechen für Annahme einer Empfänglichkeit des subkutanen Gewebes für Herpesvirus. A. Holländer-Bielefeld.

Die Beziehungen des Herpesvirus zum Blut und zum Liquor cerebrospinalis, von M. Fischer, Hyg. Univ.-Inst. Basel. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1927, Bd. 107, H. 1, S. 102.) Bastai und Busacca hatten die „endogene Ubiquität" des Herpesvirus durch Verimpfung von Blut und Liquor verschiedener Individuen auf die Kaninchenkornea zu beweisen gesucht, wobei sie in einem hohen Prozentsatz positive Erfolge gehabt hatten. Merkwürdigerweise war der Prozentsatz erfolgreicher Verimpfungen bei Material von herpeskranken Menschen niedriger als bei solchem, das von z. Zt. herpesfreien stammte. Die italienischen Verff. hatten, von der Anschauung ausgehend, daß negative Befunde durch mangelnde Konzentration des Virus bedingt sein könnten, dieses durch Einengung in einem Exsikkator über wasserfreiem HCl auf $^1/_{10}$ des Ausgangsvolums oder bis zur Trockenkonsistenz anzureichern versucht. Verf. hat sich nun davon überzeugt, daß diese Versuche nicht stimmen können: denn bei der genannten Prozedur wird sowohl negatives wie mit Blutserum versetztes Herpesmaterial vollständig unwirksam. Nach Zusatz von Liquor macht die Austrocknung das Material zwar nicht völlig unwirksam, doch ist der Effekt jedenfalls geringer (längere Inkubation, schnellere Heilung) als bei nicht eingeengtem, so daß von einer Anreicherung nicht geredet werden kann. Richtig ist, daß von einer großen Verdünnung an Herpesmaterial unwirksam werden kann, wodurch eine verringerte Virulenz vorgetäuscht werden kann; aber das Verfahren von Bastai und Bussacca ist, wie weitere Versuche zeigten, nicht imstande, diese Folge der Konzentrationsverminderung wieder aufzuheben. Endlich hat Fischer die Experimente der genannten Verff. mit unverändertem und mit „eingeengtem" Blut und Liquor von 43 herpeskranken und herpesfreien Individuen wiederholt, aber ausschließlich negative Ergebnisse erzielt. Ganz gelegentlich auftretende, ganz vorübergehende und geringfügige Reaktionen von seiten der Kornea ließen sich durch mangelnde Weiterübertragbarkeit und durch fehlende Immunität bei späterer Inokulation als unspezifisch erweisen. Die Befunde ergeben nur, daß die Beweise von Bastai und Bussacca nicht stichhaltig sind; sie können nicht ausschließen, daß nicht doch in dem verwandten Material Herpesvirus in unterschwelliger Konzentration vorhanden ist. Es kann aber immer noch mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß das Herpesvirus gar kein belebter Mikroorganismus, sondern ein unbelebter, unter besonderen Umständen im Körper des Menschen neu entstehender Krankheitsstoff ist. Fr. Wohlwill-Hamburg.

Experimentelle Untersuchungen über Vakzine und Herpes, von St. Zurukzoglu-Bern. (Kl. W., 1927, Nr. 2, S. 70.) Einverleibung von Vakzinevirus führte beim Versuchstier nie zu Erscheinungen einer Enzephalitis. Bei Kombination von Herpes und Vakzine wurde die Herpesinfektion des Kaninchens durch die Vakzination gesteigert. Die Tiere gingen an den Erscheinungen einer reinen Herpesenzephalitis zugrunde. Bei Impfung der Meerschweinchenplanta mit Herpesvirus ergaben sich typische Reaktionen, aber es wurde durch die Erstinfektion die Empfänglichkeit der Tiere gegen weitere Impfungen abgeschwächt und eine partielle Immunität geschaffen. Nach dreimaliger Plantaimpfung bei Meerschweinchen, aber auch bei subkutan mit Herpes hoch immunisierten Kaninchen traten im Blute virulizide Antikörper auf. Zwischen Vakzine und Herpes konnten gegenseitige partielle Immunitätsbeziehungen nachgewiesen werden.
E. Langer-Berlin.

Zum ätiologischen Zusammenhang von Herpes zoster und Varizellen, von J. Siegl, Univ.-Kinderkl. Graz. (M. m. W., 1927, Nr. 5, S. 189.) Zwei von sechs mit Herpes zoster geimpften Kindern und ein ungeimpftes Kind erkrankten nach einer Inkubationszeit von 22 bzw. 23 Tagen an Varizellen. Von dem ungeimpften Kinde ist anzunehmen, daß es von einem geimpften Kinde infiziert worden ist. Der ätiologische Zusammenhang zwischen Varizellen und dem klinisch idiopathischen Herpes zoster geht auch aus diesen Beobachtungen hervor; allerdings gibt es auch Herpes zoster aus anderen Ursachen, analog dem Erysipel. M. Cohn-Dresden.

Herpes Zoster at Fourteen Months (Herpes zoster mit 14 Monaten), von J. H. McCaw. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3445, S. 99.) Das sonst gesund erscheinende Kind (weiblich) bot ausgesprochenen Herpesausschlag, dem Gebiet des I., II. und III. linken Sakralnerven entsprechend, an den Fußsohlen, am Gebiet zwischen der 1. und 2. Zehe, an der hinteren Fläche des Oberschenkels und an der äußeren Fläche des Labium majus dar. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Contribution à l'étude de la culture des tissus in vivo dans les phénomènes de cicatrisation des plaies superficielles. (Beitrag zum Studium der Gewebskultur in vivo bei Vernarbung oberflächlicher Wunden), von R. Wallich. (Cpts. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 37, S. 1480.) Auf dem Rücken von Meerschweinchen wurden 1 cm im Durchmesser große Wunden experimentell angelegt. Eine Seite wurde mit Umschlägen von physiologischer Kochsalzlösung bedeckt, die andere mit sterilen Umschlägen einer Lösung, die aus filtriertem embryonalem Gewebe von 9 Tage alten Hühnchen besteht. Letztere Wunden vernarbten etwa doppelt so schnell als die mit Kochsalzlösung getränkten. Erstere zeigten schon in den ersten 24 Stunden schnellere Erhöhung und fühlten sich hart an. Beim Menschen wurden Versuche mit der gleichen Lösung bei hartnäckigen varikösen Geschwüren, bei kaltkaustisch behandelten Lupusstellen und Nävokarzinomen angestellt, gleichzeitig auch eine 5%ige Peptonlösung (Witte) [in 0,9%iger physiologischer Kochsalzlösung] verwandt. Damit wurde ein impermeabler Verband angelegt. Unter Einwirkung der genannten Lösungen vernarbten die Wunden bald. Mißerfolge ergaben sich nur bei Bestehen von trophischen Störungen. Das kosmetische Ergebnis war besonders schön bei Diathermiewunden. Histologisch findet sich in so behandeltem Gewebe beträchtliche leukozytäre Infiltration und zahlreiche neugebildete Blutgefäße. Es scheint sich also nur um eine Beschleunigung des normalen Vernarbungsprozesses zu handeln. (Vielleicht hat diese Methode bei der Behandlung von Röntgenverbrennungen Erfolg. — Ref.). A. Holländer-Bielefeld.

Contribution à l'étude de la culture des tissus in vivo par la méthode du comblement plasmatique. (Beitrag zum Studium der Gewebskultur in vivo in Gestalt der Plasma-Deckungsmethode), von R. Wallich. (Cpts. ren. Soc. Biol., 1926, Bd. 95. Nr. 37, S. 1482.) Beim nüchternen Patienten wird Venenblut entnommen, das in mit Paraffin überzogene Glasröhrchen geschüttet wird, danach Zentrifugieren und Abziehen des Plasmas mit paraffinierten Pipetten. Aufbewahrung erfolgt im Eisschrank in paraffinierten Gläsern. Bei Beobachtung genügender Asepsis kann man das Plasma mehrere Tage aufbewahren. Durch kaltkaustische Behandlung entstandene 1—2 cm tiefe und 1—4 cm im Durchmesser betragende Wunden wurden mit diesem Plasma bedeckt. Rasch bildet sich ein Plasmakoagulum, darauf kommt ein Verband mit 5%iger Peptonkochsalzlösung. Sehr rasche Überhäutung und vollständige Vernarbung selbst bei Pat. von 68 und 79 Jahren. A. Holländer-Bielefeld.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Habilitiert: Dr. Borza in Budapest für Urologie.

Ernannt: Prof. Agostino Mibelli in Sassari zum Vorstand der Dermatologischen Klinik in Messina;

Prof. Oskar Gans in Heidelberg wurde zum Ehrenmitglied der dermatologischen Gesellschaften in St. Louis und in Cleveland sowie zum korrespondierenden Mitglied der dermatologischen Gesellschaft in St. Paul-Minneapolis gewählt.

Dr. Balzer in Paris hat aus Gesundheitsrücksichten sein Amt als Vizepräsident der Académie de médecine niedergelegt.

Gestorben: Dr. Justus Papegaay, Assistent der Dermatologischen Klinik in Amsterdam und Schriftführer der holländischen dermatologischen Gesellschaft;

San.-Rat Prof. Richard Lenzmann, Chefarzt am Diakonenhaus in Duisburg. R.

Berichtigung. In der Arbeit „Beiträge zur Epidemiologie und Kasuistik der Orientbeule", von M. Agronick, muß es auf S. 268, Bd. 84, heißen: „Fälle von familiärer Hautleishmaniosis, besonders die Erkrankung eines Familienmitgliedes nach dem anderen, sprechen zugunsten der Autoren (Laveran usw.)".

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 21 (Bd. 84) 21. Mai 1927

Erfahrungen mit einem neuen Syphilisdiagnostikum aus Pallidareinkultur

Von

Prof. Dr. P. Wichmann in Hamburg

Die bisherigen Ergebnisse der kutanen Syphilisdiagnostik lassen sich dahin zusammenfassen, daß mit dem aus der Reinkultur der Spir. pall. gewonnenen Luetin Noguchis sich fast regelmäßig bei der tertiären, der latenten Lues, bei der Lues hereditaria tarda wie in einem gewissen Prozentsatz bei Tabes und Paralyse positive Reaktionen erzielen lassen. Primäre und sekundäre Lues reagieren nicht regelmäßig; wohl ältere Fälle des sekundären Stadiums besonders dann, wenn eine stärkere Behandlung erfolgt ist. Die Spezifität dieser Reaktionen ist nicht unbestritten geblieben. Man will durch Kontrollimpfung mit den verwandten unbeschickten Nährböden, wie auch durch eine Reihe anderer unspezifischer Substanzen gleichwertige Reaktionen erzielt haben. Nach Jodkaliverabreichung, nach Bromnatrium, Bromkalium u. a. sollen auch bei nichtluetischen Fällen durch Luetin Reaktionen auftreten.

Auch die Organ-Luetinreaktion Fischers, von Klausner in die Praxis eingeführt, zeitigte Reaktionen nur im tertiären Stadium der erworbenen und kongenitalen Lues. In der Frühperiode reagiert nur maligne Lues; Tabes und Paralyse zeigten negative Reaktionen. Die Verwendung in Form von intrakutanen Injektionen (Müller und Stein) konnte die Ergebnisse nicht bessern.

Es erschien daher wünschenswert, mit dem seitens der Sächsischen Serumwerke freundlichst zur Verfügung gestellten Pallidadiagnostikum, das einmal als Pallidareinkultur, sodann als Pallidaautolysat geliefert wurde, diesbezügliche Untersuchungen anzustellen. Als Technik wurde die der intrakutanen Injektion gewählt, indem je 0,1 der Substanz der Pallidareinkultur, des Autolysats und der Kontrollflüssigkeit zur Bildung einer Quaddel benutzt wurde. Als Impfstelle wurde die Haut des Oberarmes oder des Oberschenkels bevorzugt. Es versteht sich von selbst, daß mit streng gesondertem Instrumentarium gearbeitet wurde. Die Reaktion wurde stets zuerst nach 24 Stunden abgelesen, sodann wurden die Kranken tunlichst eine Woche beobachtet.

Die erste Gruppe weist 8 Kranke auf, die weder anamnestisch, noch klinisch, noch serologisch irgend welche Anzeichen für Berührung mit einer luetischen Infektion darboten.

Die Reaktion gestaltete sich derart, daß in 5 Fällen die Pallidareinkultur schon nach 24 Stunden ein kleinerbsengroßes Infiltrat von wenigen

Digitized by Google

Millimetern Tiefe zeitigte, welches viermal zugleich eine leichte blaßrosa Verfärbung aufwies. In den folgenden Tagen gingen Infiltrat und Rötung zurück, so daß nach 5 Tagen nur noch in 2 Fällen kleinste Andeutung eines Infiltrates bestand.

In 3 von diesen 5 Fällen boten die Autolysate ebenfalls leichte, aber ungleich geringere Infiltrationen mit noch geringerer Rötung dar. Die Kontrolle kann in allen 5 Fällen als völlig negativ bezeichnet werden. In den übrigen 3 Fällen dieser luesfreien Gruppe waren sämtliche Reaktionen entweder völlig negativ oder einzelne derselben in Form von solch leichten Rötungen erschienen, daß sie auch auf Rechnung einer traumatischen Reizung gesetzt werden konnten.

Die 2. Gruppe enthält die luetisch Infizierten (15 Fälle).

Was zunächst die Lues I betrifft, so verfügen wir über 3 Fälle.

Der 1. Fall mit deutlichem seronegativem Primäraffekt, in Salvarsankur befindlich, zeigte:

Pallidareinkultur (PR): kaum fühlbares Infiltrat mit geringster Rötung;

Autolysat: Infiltrat und Rötung noch geringer. C —.

2. Fall. Seropositiver Primäraffekt in Salvarsan und Bismutbehandlung. PR: bohnengroßes Infiltrat mit deutlicher Rötung; AR: nur geringe Rötung; C —.

3. Fall. Seropositiver Primäraffekt unbehandelt. PR: geringstes Infiltrat kaum fühlbar; AR —; C —.

Schon aus diesen Ergebnissen erhellt, daß die Methode für die Lues I nicht brauchbar ist. Ein eindeutiges Ergebnis liefert nur der Fall 2 mit auffallendem Infiltrat und Rötung der PR. Die übrigen Reaktionen versagen.

Lues latens (7 Fälle).

a) WR positiv (3 Fälle).

1. PR: übererbsengroße deutliche Papel und Rötung; AR: geringste linsengroße Papel; C: geringste Papel; WR ++++.

2. PR: übererbsengroße deutliche Papel, starke Infiltration und deutlicher roter Hof; AR: geringe Infiltration; C: geringe Rötung; WR ++++.

3. PR: geringe Infiltration; AR: geringe Infiltration; C —; WR ++. Die Pallidakulturreaktion geht in zwei Fällen der WR konform, im dritten versagt dieselbe. Die AR überschreitet nicht die traumatische Fehlergenze. Der Unterschied der PR zur C ist bedeutend.

b) WR negativ (4 Fälle).

1. PR —, AR —, C —.

2. PR: deutlich erhabene erbsengroße Papel mit gut ausgebildetem Infiltrat und Rötung. AR: geringe Infiltration, C: geringe Rötung.

3. PR —, AR —, C —.

4. PR —, AR —, C —.

Mit Ausnahme eines Falles geht die PR der WR konform, das gleiche gilt von der AR.

Lues II (florides Exanthem).

PR: deutliche übererbsengroße Papelbildung mit rotem Hof; AR: geringe linsengroße Infiltration; C —.

Lues cerebrospinalis.

1. WR +++; PR: deutliche erbsengroße Infiltration mit rotem Hof; AR: geringe linsengroße Infiltration. C: noch geringere Infiltration.

2. WR —; PR: nur linsengroße geringste Infiltration; AR —; C —.

Lues sanata? (post Malariakur). WR dauernd —, PR —, AR —, C —.

Lues congenitalis.

WR ++++; PR: deutliche bohnengroße Infiltration mit rotem Hof; AR: linsengroße Infiltration; C: nur Rötung.

Digitized by Google

Kritisiert man zunächst die Reagentien, so wird man sagen dürfen, daß die Autolysatreaktion (AR) als bei sicher luischen Symptomen unzuverlässig abzulehnen ist.

In Bewertung der Reaktionsformen wird man vom Studium der Reaktionen bei den sicher luesfreien Fällen ausgehen müssen. Kleinerbsengroße Infiltrate mit geringer flüchtiger Rötung sind hiernach sicher als nicht pathognostisch abzulehnen. Nur starke Papeln mit mindestens erbsengroßer, mehrere Millimeter tiefer Infiltration und deutlicher Rötung dürften Anspruch darauf machen können, als Luesindikator angesehen zu werden. Es muß betont werden, daß die Ablesung eine gewisse Übung erfordert und nicht leicht ist.

Auch nach diesen Kriterien wird man das Autolysat als zuverlässiges Diagnostikum ablehnen müssen, weil seine Reaktionsform und Größe über den Ausschlag bei luesfreien Fällen nie hinauskommt.

Auch dem aus Pallidareinkultur gewonnenen Diagnostikum kommt nach obigen Erfahrungen nur ein bedingter Wert zu, wenngleich zu betonen ist, daß die Reaktion an sich unter Umständen charakteristischen Ausschlag gibt.

Bei luischen klinischen Symptomen finden wir sie in 4 von 7 Fällen positiv: 1 Fall Lues I; 1 Fall Lues II; 1 Fall Lues cerebrospinalis; 1 Fall Lues congenita.

Ziehen wir die 2 seronegativen Fälle von Lues I ab, so ergibt sich ein positiver Ausschlag von 4 : 5, d. h. 80%! (bei Abzug des seronegativen Falles der Lues cerebrospinalis in 100%).

In den seropositiven Fällen von 7 in 5 PR +.

In den seronegativen Fällen von 7 in 1 PR +.

Eine Nachprüfung an einem großen Material mit luischen Symptomen erscheint notwendig.

Aus der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Berlin-Lankwitz
(dirig. Arzt: Dr. C. SIEBERT)

Entwicklung und Ziele der lokalen Silberbehandlung in der Gonorrhoetherapie

Von

Dr. C. SIEBERT und Dr. med. et phil. HENRYK COHN

Die Darstellung der Entwicklung und der Ziele der Silberpräparate in der Gonorrhoetherapie kann nur in kurzen Umrissen geschehen[1]). Alle Präparate, die jemals auftauchten, zu besprechen, ist unmöglich. Wir müssen uns darauf beschränken, gewisse Typen herauszuheben, um an ihnen ihre Bedeutung für den Fortschritt zu analysieren. Allgemein pflegt der Gang der zu sein, daß, wenn ein neuer Gedanke in einem Präparat zutage tritt, sich ihm eine Anzahl von Mitläufern anschließt, von dem Original durch nebensächliche Modifikationen unterschieden. Meistens gelingt es nur einem dieser Präparate, eine domi-

[1]) HENRYK COHN, Derm. W., 1925, S. 1479.

Digitized by Google

nierende Stellung einzunehmen, während die anderen ein bescheidenes Dasein fristen oder völlig verschwinden. Fortschrittliche Gedanken haben sich in der Summe der Präparate immer durchgesetzt.

Betrachtet man das gehäufte Erscheinen neuer Präparate zur lokalen Behandlung der Gonorrhoe, so scheint es zunächst, als ob mehr kommerzielle Ursachen als gut begründete wissenschaftliche Ideen die Triebfeder dazu abgeben. Bei näherer Prüfung erhellt aber, daß die Neuerscheinungen ein Spiegel gewisser wissenschaftlicher Kämpfe sind. Die vorwärts treibende Kraft für diese intensive pharmakologische Arbeit sind die unbefriedigenden Resultate, die man auf dem Gebiete der Gonorrhoetherapie zu haben glaubt, wobei man bei der Wirkungsbeurteilung der medizinischen Welt häufig nicht den Vorwurf ersparen kann, daß unberechtigte Ansprüche gestellt nnd ungerechte Urteile gefällt werden. Wir wollen vorausnehmen, daß bei jedem lokalen Antigonorrhoikum ein Erfolg nur bei einer unkomplizierten Anterior und Posterior, vielleicht noch einschließlich katarrhalischer Affektionen der Schleimhautdrüsen, zu erwarten ist. Liegen Komplikationen in Gestalt von tiefen Infiltraten, paraurethralen Gängen, Prostatitis, Vesikulitis usw. vor, so führen solche Fälle, bei der Unmöglichkeit ihrer Beeinflussung durch lokale Antigonorrhoika, zu Trugschlüssen bei der Beurteilung eines Mittels, ein Umstand, gegen den nur allzu häufig gefehlt wird. In solchen Fällen sollen dann andere Methoden, solche instrumenteller Art, Reiztherapie, spezifische oder unspezifische, in ihre Rechte treten.

In der Gonorrhoetherapie dominieren die Silberverbindungen noch immer nach wie vor. Es gab und gibt noch immer Strömungen, die diese zu entthronen versuchen. Keinem dieser Versuche ist aber bis jetzt ein Erfolg beschieden gewesen. So wurden, um nur einiges zu nennen, Quecksilbersalze propagiert, wie Merlusan (Matzenauer und Buchtala), Mercurochrom (Young, White und Swartz). Zu erwähnen aus der Fülle wären noch Versuche mit Ichthyol, Wismutverbindungen, mit Rivanol usw., abgesehen von dem Heer der reinen Adstringentien.

Wie schon erwähnt, die Silberverbindungen sind in diesem Kampfe Sieger geblieben, obgleich Oelze[1]) zeigen konnte, daß diese nicht immer den größten desinfektorischen Index Gonokokken gegenüber haben, z. B. ist der der Quecksilberverbindungen größer, so daß der genannte Autor zu der Annahme gelangt, daß die eigentliche bakterientötende Kraft nicht den richtigen Maßstab für die Wirkung abgibt[2]), Verhältnisse, auf die C. Siebert[3]) in einer neueren Publikation über „Tiefenwirkung" eingeht und theoretisch zu klären versucht.

Über die ersten Anfänge des Gebrauchs mit Silberverbindungen brauchen wir nicht allzu eingehend zu sprechen. Seinen Ausgang nahm er von dem Argentum nitricum, das man in der alten Medizin bei allen möglichen entzündlichen Erscheinungen anwandte. Aber schon vor der Entdeckung des Gonokokkus machte man die Beobachtung, daß gerade bei Harnröhrenentzündungen dieses Mittel das wirksamste

---

[1]) F. W. Oelze, Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1916, Bd. 18, H. 3. — [2]) F. W. Oelze, D. m. W., 1925, Nr. 27. — [3]) C. Siebert, Kl. W., 1927, Nr. 5.

Digitized by Google

war, besser als die anderen gebräuchlichen, entzündungswidrigen Mittel, wie Zink-, Kupfer-, Blei-, Aluminiumsalze usw. Nach Einreihung der Gonorrhoe unter die Infektionskrankheiten und nach Begründung der Lehre von der Desinfektion war ja die Wirkung des Argentum nitricum klarer, aber ganz erklärt ist sie auch heute noch nicht.

Neisser deutete die bekannte chemische Eigenschaft des Argentum nitricum, mit Eiweiß und Kochsalz Fällungen zu geben, dahin, daß durch diese feste Bindung des Silbers an Gewebssubstanzen das Mittel in seiner „Tiefenwirkung", d. h. in seinem tiefen Eindringen und in der desinfektorischen Abtötung der Gonokokken in der Tiefe, behindert würde. Er stellte daher die Forderung, Silberpräparate zu schaffen, die Kochsalz und Silber nicht fällten, die die Industrie mit den Silbereiweißverbindungen, zuerst mit dem Argonin[1]), dann mit dem Protargol erfüllte, dem sich dann ein Reigen ähnlicher Präparate anschloß.

Praktisch stellten die Silbereiweißverbindungen einen Fortschritt dar, obgleich ihre Desinfektionskraft im Laboratoriumsversuch sich schwächer erwies als die des Silbernitrates. Die außerordentlich große Zahl der damals erschienenen Publikationen über Protargol und die sich über das Präparat entspinnenden ausgedehnten Diskussionen auf Kongressen und in Versammlungen legten Zeugnis von dem Interesse ab, das das Mittel fand. War aber dieser Erfolg damit begründet, daß die Theorie, die Neisser leitete, richtig war? Nachdem man jetzt, wie Finger, Bumm, Wagner, Zieler, Oelze, C. Siebert u. a., eine direkte Desinfektionswirkung bei Heilung der Gonorrhoe stark in den Hintergrund stellt und mehr an autoimmunisatorische Vorgänge, durch die Silberpräparate ausgelöst, denkt, mußte man nach einem anderen Grunde suchen.

In dem Eiweißfällungsvermögen des Argentum nitricum ist eine starke Reizwirkung auf die Schleimhaut begründet, so daß Silbernitrat nur in ganz geringen Konzentrationen in die Harnröhre injiziert werden kann. Diese Reizwirkung war bei den neu erfundenen Silbereiweißverbindungen gedämpft, wenn auch noch nicht völlig beseitigt. Mangelnde Eiweißfällung machte die Präparate für die Schleimhaut viel verträglicher, die prozentuale Menge des zur Wirkung kommenden Silbers konnte beträchtlich vergrößert werden.

Reizwirkung und Gonorrhoeheilung sind widerstrebende Momente. Jede durch eine unverträgliche, lokale Behandlung hervorgerufene Reizung, die zu einer stärkeren serösen Durchtränkung, zu Schwellungen der Schleimhaut, zu Blutungen, zu einer vermehrten Eiterung führt, scheint den Gonokokken neue Nährstoffe, verbesserte Existenzmöglichkeiten zuzuführen; die Keime treten im Anschluß an solche Vorgänge in außerordentlich großer Zahl auf. Nach der von Finger begründeten und heute noch geltenden Ansicht unterstützt ein natürlicher Vorgang, die Metaplasie des Epithels, in hohem Grade den Heilungsprozeß, indem das neue Gewebe dem weiteren Vordringen und der Wiederansiedlung der Gonokokken eine Schranke setzt. Durch die von vielen Silberpräparaten hervorgerufene vermehrte Exsudation wird das metaplasierte Epithel in Schollen abgehoben und so neuen Invasionen Tür und Tor geöffnet.

[1]) Röhmann und Liebrecht, Ther. Mh., 1895.

Digitized by Google

Jede stärkere Reizung kann zu einer Exazerbation des gonorrhoischen Prozesses führen, eine schwächere, die die Schwelle der sichtbar sich manifestierenden Reizung nicht überschreitet, kann den Krankheitsprozeß unterhalten. Für die letzte Behauptung spricht eine Anzahl von klinischen Gründen, so die bei langdauernden Gonorrhoen oft blitzartig einsetzenden Heilungen beim Wechseln des Mittels.

Man könnte noch einwenden, und dieser Standpunkt wird auch von einer Anzahl von Autoren vertreten, daß die nach Reizungen im Sekret so zahlreiche Vermehrung der Gonokokken nur die Folge einer reichlicheren Ausschwemmung und daher nur scheinbar wäre. Demgegenüber dürfte man anführen, daß in den mikroskopischen Bildern chronischer gonorrhoischer Infiltrate die Zahl der dort vorhandenen Gonokokken nicht dem massenhaften Auftreten, wie man es häufig nach Provokationen findet, entspricht. Die gleiche Beobachtung macht man auch bei vorher latenten Gonorrhoen, die nach Alkoholgenuß exazerbieren, wobei die alkoholische Hyperämie der Kapillaren und die dadurch bedingte Durchtränkung des entzündeten Gewebes die Ursache für das starke Auswaschen der Gonokokken abgibt. Die Alkoholwirkung ist nur kurz vorübergehend, das reichliche Auftreten von Gonokokken hält dagegen oft recht lange an.

Auch ein anderer Umstand trägt noch zu der besseren Wirkung der Silbereiweißverbindungen bei. C. Siebert [1]) konnte in Laboratoriumsversuchen zeigen, daß die Silbereiweißpräparate eine mehr ausgesprochene entwicklungshemmende Eigenschaft, besonders in eiweißhaltigen Medien, hatten, als z. B. Argentum nitricum, das an absolut keimtötender Kraft, wie schon erwähnt, die Silbereiweißverbindungen überragt.

Wir können also nicht anders als für die bessere Wirkung der Silbereiweißpräparate ihre reduzierte Reizwirkung und ihre Entwicklungshemmung als Grund ansehen, so daß Neisser, wie es so häufig bei medizinischen Fortschritten ist, in bewußt anderer Absicht nach unerwarteter und unerkannter Richtung hin uns eine Verbesserung der Therapie beschert hat. Das Protargol herrschte daher jahrzehntelang, obgleich das etwas ältere Argonin in noch weiterem Maße die Forderung der Reizlosigkeit erfüllte, so daß es von J. Schäffer, dem damaligen Mitarbeiter Neissers, noch bis in die neueste Zeit als das beste Mittel, um die beginnende Erkrankung zu behandeln, propagiert wurde. Äußere Zufälligkeiten waren es wohl nur, die das Argonin in den Hintergrund drängten.

Mit einem gewissen Recht von dem Erfolge der Behandlung noch immer nicht befriedigt, suchte man weiter vorwärts zu kommen. In der weiteren Entwicklung ging man zwei Wege. Der eine führte zur Bildung komplexer Silberverbindungen mit sehr hohem Silbergehalt, auf dem anderen Wege wollte man durch Anfügen anderer pharmakologisch aktiver Komponenten an das Silber dessen Wirkungswert erhöhen.

Die Ideen, die bei den komplexen Silbersalzen leiteten, waren verschiedener Natur. So glaubte man, daß die Wirkung um so größer

[1]) C. Siebert, Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1910, Nr. 5.

Digitized by Google

sein müsse, je feiner die Atomkomplexe in der Lösung verteilt wären, in denen das Silber enthalten war. Man erstrebte daher molekular disperse Verbindungen an Stelle der durch einen kolloidalen Charakter gezeichneten Silbereiweißverbindungen. Auch glaubte man, daß die komplexen Körper, physikalisch ähnlich den Salzen, besser durch die Schleimhaut hindurch diffundieren würden als die kolloidalen, eine nach C. SIEBERT [1]) aber durchaus unrichtige Vorstellung. Die komplexen Verbindungen enthalten auch viel mehr Silber als die Silbereiweißverbindungen, was wohl auch noch für sie gesprochen haben wird, davon ausgehend, daß Silbergehalt und Desinfektionswirkung voneinander abhängig sind. Derartige Verbindungen sind Acykal (C. BRUCK [2]), Silberzyanid-Zyankalium, Necaron (L. v. ZUMBUSCH [3]), Silberzyan-Kaliumcholat, Transargan (ROSENTHAL und ZELTNER [4])), eine Silber-Schwefelverbindung. Alle diese Präparate weisen einen hohen Silbergehalt auf, Acykal z. B. 54%, während Protargol nur einen solchen von 8% hat. Der hohe Silbergehalt wird aber teilweise dadurch wettgemacht, daß, um Reizwirkungen zu vermeiden, die Mittel nur in relativ dünnen Lösungen verwendet werden dürfen. Die an sich brauchbaren Präparate weisen als Vorteile Farblosigkeit und Billigkeit auf.

Vor Einführung dieser komplexen Verbindungen war noch eine bestimmte Frage zu klären. Wir haben bis jetzt bei der Betrachtung der antigonorrhoischen Mittel wenig von ihrem Desinfektionswert Gonokokken gegenüber gesprochen. Wenn wir diesen Wert, entsprechend unserer Anschauung von der Wirkungsweise der Antigonorrhoika, auch nicht in den Vordergrund stellen wollen, so sind wir andererseits doch nicht geneigt, ihn zu vernachlässigen. Wir berücksichtigen dabei immer, daß eine direkte Desinfektion nur auf der Oberfläche der Schleimhaut, allenfalls noch in den obersten Spalten, erfolgen kann, und daß das, was wir als Tiefenwirkung bezeichnen, wahrscheinlich auf einem anderen Wege allgemeiner biologischer Natur zustande kommt. Trotzdem messen wir der desinfektorischen Tötung der oberflächlichen Gonokokken Bedeutung bei, denn sie wird Weiterverschleppung, Komplikationen, Reinfektionen usw. verhüten.

Die grundlegende Arbeit von PAUL und KRÖNIG hatte seinerzeit erwiesen, daß Desinfektionswirkung und Ionisierung zueinander in Beziehungen stehen; je stärker die Ionisation, um so stärker die Keimtötung. Diese Regel bestätigen auch die Silberverbindungen. Argentum nitricum hat eine viel stärkere Desinfektionskraft als z. B. Protargol. Neuere Forschungen von v. NEERGAARD [5]) haben allerdings gezeigt, daß auch die Silbereiweißverbindungen, wie z. B. Protargol, nicht unbeträchtliche Mengen ionisierten Silbers enthalten. Verbindungen vom Typus des Acykal, Necaron, Transargan können nur in sehr geringen Mengen Silberionen enthalten. Trotzdem gelang es, bei ihnen Desinfektionskraft gegen Gonokokken nachzuweisen, so daß ihre Einführung, den allgemeinen Anschauungen entsprechend, sanktioniert war.

---

[1]) C. SIEBERT, Kl. W., 1927, Nr. 5. — [2]) C. BRUCK, Kl. W., 1923, Nr. 30. — [3]) L. v. ZUMBUSCH, W. m. W., 1925, Nr. 6. — [4]) ROSENTHAL und ZELTNER, Derm. W., 1926, Bd. 82, S. 395. — [5]) v. NEERGAARD, Kl. W., 1923, Nr. 36.

Digitized by Google

Der Gedanke, die pharmakodynamische Kraft des Silbers durch gewisse Hilfskomponenten zu steigern, ist schon alt. Zu Beginn der Silbereiweißära machte man schon derartige Versuche, auf die wir später zurückkommen wollen. Durch derartige Kombinationen scheint auch die Wirkung der Silberkomponente, besonders wenn sie sich in einem bakterizid weniger aktiven, rein kolloidalen Zustande befindet, beträchtlich gesteigert zu werden (Jacobsohn und Langer[1]). In der neueren Zeit war das erste derartige Präparat das Choleval. Außer in der Eigenschaft als Komponentenpräparat tritt uns das Choleval auch als Mittel entgegen, in dem das Silber in einer anderen chemischen Form als bisher auftritt, nämlich als fast rein kolloidales Silber. Choleval, ein bewährtes Mittel, besteht aus kolloidalem Silber und gallensaurem Natrium. Dieses dient einmal als Schutzkolloid, ferner aber sagte man ihm noch nach, daß es die Eigenschaft hätte, Gonokokken aufzulösen, neben entwicklungs- und entzündungshemmenden Fähigkeiten, was wohl der Grund für seine Wahl gewesen sein wird. Der Kombination mit einem gallensauren Salz sind wir schon bei dem viel späteren komplexen Präparat Necaron, und zwar hier als gallensaurem Kalium, begegnet. Auch Choleval ist mitunter nicht ganz frei von Reizwirkungen, die man aber wohl auf das Konto des gallensauren Natriums zu setzen hat, denn das kolloidale Silber als solches ist völlig reizlos. Mit reinem kolloidalem Silber, wie z. B. Kollargol, hat man auch die Gonorrhoe lokal zu behandeln versucht, ohne aber zu allgemein befriedigenden Resultaten zu kommen. In Amerika hat es unseres Wissens noch eine Zeitlang Anwendung auf breiterer Basis gefunden.

Ein späteres Präparat ist das Reargon, obgleich chronologisch seine Besprechung noch nicht hierher gehört. Lenz hatte gefunden, daß die Antrachinonglycoside, die wirksamen Bestandteile mancher pflanzlichen Abführdrogen, die Eigenschaft hatten, Schleimhäute stark zu imbibieren. Es lag nun wohl die Vorstellung vor, daß bei Kombination der Glycoside mit Silber diese gewissermaßen als „Leitschienen" das Silber in die Tiefe bringen würden. Die Folge dieser Überlegung war das Reargon, eine von Klausner und Wiechowski[2]) eingeführte Glycosid-Silbergelatose; auch in diesem Präparat ist das Silber in fast rein kolloidaler Form enthalten. Es hat wohl selten ein Präparat gegeben, dessen Beurteilung so widerspruchsvoll war; auf der einen Seite große Begeisterung, auf der anderen strikte Ablehnung. Anscheinend wohnen dem Präparat sehr paradoxe Eigenschaften inne. Dieses spiegelt sich auch in den Publikationen über das Reargon wieder; von den Autoren stimmt ein Teil begeistert zu, der andere verhält sich aber stark ablehnend. Ein mittlerweile erschienenes korrigiertes Reargon, das Neoreargon, hat bis jetzt noch nicht in der Literatur den Widerhall gefunden, daß man sich darüber ein Urteil bilden könnte.

Ein Präparat, das schon vor dem Reargon eingeführt wurde und zunächst unter der schnell vorübergehenden Begeisterung für das Reargon in den Hintergrund trat, um dann aber um so intensiver in die Erschei-

---

[1]) F. Jacobsohn und E. Langer, Kl. W., 3. Jahrg., Nr. 39. — [2]) Klausner und Wiechowski, Derm. W., 1924, Nr. 1.

Digitized by Google

nung zu treten, war das Targesin (C. Siebert und Henryk Cohn[1]). Bei Schaffung dieses Präparates leitete die Autoren ein alter Gedanke, der von ihnen aber in eine neue Form gebracht wurde. Es ist oben entwickelt worden, daß gesteigerte entzündliche Erscheinungen das Wachstum und die Vitalität der Gonokokken fördern. Es liegt nun nahe, daran zu denken, durch Bekämpfung der Entzündungserscheinungen den Gonokokken auf diese Weise das Wasser abzugraben, sie gewissermaßen auszuhungern. Dies war das Prinzip der alten Gonorrhoebehandlung mit Zincum sulfuricum, Plumbum aceticum, Cuprum sulfuricum usw. In neuerer Zeit hat sich auch Zinsser[2]) wieder für eine derartige Behandlung, besonders bei beginnender Gonorrhoe, eingesetzt. Leider besitzen alle die genannten Adstringentien in den üblichen Konzentrationen ein sehr starkes Eiweißfällungsvermögen, was wegen der dadurch bedingten Reizerscheinungen, besonders bei der akuten Gonorrhoe, zur Steigerung der Entzündungserscheinungen, zur Verschleppung des Krankheitsprozesses, zu Komplikationen usw. führen kann. Als Niederschlag einer solchen Erkenntnis ist vielleicht die häufige Methodik der Ärzte in der Zeit vor der Anwendung der Silbereiweißpräparate anzusehen, die akute Gonorrhoe zunächst überhaupt nicht lokal zu behandeln und erst unter internen Mitteln die akuten Entzündungserscheinungen abklingen zu lassen.

Schon zu Beginn der Silbereiweißära versuchte man Adstringentien mit Silber zu kombinieren. Auf dieser Basis entstanden die sogenannten Silberadstringentien, deren Prototyp eigentlich das Argentum nitricum ist, wie z. B. Albargin, eine Silbergelatose. Albargin (Bornemann[3])) ist ein Argentum nitricum, dessen Ionisierung durch Gelatose in den Lösungen stark eingeschränkt wird, wodurch es an Reizwirkung verliert. Argentamin (J. Schäffer[4])), eine Lösung von Silberphosphat in Äthylendiamin, hat, infolge der Alkaleszenz des letztgenannten Körpers, kein sichtbares Eiweißfällungsvermögen. Ichthargan (Leistikow[5])) ist eine Verbindung von Silber mit Ichthyol. Die Reizwirkung des Silbers in diesen Präparaten, die z. T. eine außerordentliche Verbreitung gefunden haben, ganz zu beseitigen, war nicht gelungen, was sich manchmal bei der Behandlung ganz frischer Gonorrhoe unliebsam bemerkbar macht.

C. Siebert und Henryk Cohn hatten es sich zur Aufgabe gestellt, Silber mit einem Adstringens zu kombinieren, bei dem die Eiweißfällung beseitigt war, ohne aber den ganzen Adstringierungskomplex mit der Gewebsdichtung und der Gefäßverengerung zu zerstören. Dieses gelang in der Darstellung des Targesins, einer Diazetyltanninsilbereiweißverbindung. Dem sonst so stark eiweißfällenden und daher stark reizenden Tannin ist diese Eigenschaft völlig genommen. In dem Präparat finden wir nur noch, wie Steinbiss[6]) am Froschmesenterium nachwies, die stark gefäßverengernde und die entzündungswidrige Komponente erhalten. Noch ausführlicher wies S. Loewe und F. Lange[7])

---

[1]) C. Siebert und Henryk Cohn, D. m. W., 1923, Nr. 36. — [2]) Zinsser, M. m. W., 1922, Nr. 27. — [3]) Bornemann, Ther. d. Gegenw., 1901. — [4]) J. Schäffer, Zschr. f. Hyg., 1894, — [5]) Leistikow, Mh. f. pr. Derm., 1900, Bd. 31. — [6]) Steinbiss, Derm. W., 1923, Nr. 42. — [7]) S. Loewe und F. Lange, Kl. W., 4. Jahrg., Nr. 21.

Digitized by Google

die Reduzierung des Adstringierungskomplexes in der gewollten Richtung durch den Dresserschen Froschlungenversuch und den Loewe-schen Fluoreszinversuch am Kaninchenauge nach. Da das Silber im Targesin außerdem in kolloidaler Form enthalten ist, so ist, wie eine große Literatur übereinstimmend bezeugt, dieses Mittel von einer bis jetzt unerreichten Reizlosigkeit. Es ist auch möglich, daß beim Targesin die Tanninkomponente eine Rolle als Fixierungsmittel (Beize) für das Silber auf der Schleimhaut spielt. Denn alle geweblichen Bestandteile, die mit Targesin in Berührung kommen, wie Schleimhaut, Schleimfäden, nehmen langanhaltende Färbung des Targesin an, was durch endoskopische Untersuchungen von Langer und Peiser[1]) festgestellt ist, und was man auch an den Filamenten der mit Targesin behandelten Patienten beobachten kann.

Wir wollen hier etwas näher auf die Vorstellungen eingehen, die wir uns von der Desinfektionswirkung des rein kolloidalen Silbers überhaupt machen müssen. In einer kolloidalen Lösung befindet sich das Silber als gelöstes Metall in einem besonderen physikalischen Zustand. Daß Metalle, selbst ungelöste, eine Desinfektionskraft haben, ist uns aus den bekannten oligodynamischen Versuchen der Bakteriologie bekannt. Diese Versuche bedeuteten bis vor einiger Zeit nur sehr merkwürdige Tatsachen mit fehlender Erklärung. Neuere Forschungen von P. Portig, O. Gross und M. O. Connor[2]) haben aber doch einiges Licht in diese Erscheinungen gebracht. Danach haben die Silbersole eine ähnliche pharmakologische Wirkung wie die Silbersalze in sehr starker Verdünnung, und die Metallhydrosole werden im Körper tatsächlich teilweise in gewisse Komplexsalze übergeführt. Bei der außerordentlichen Oberflächenvergrößerung der kolloidalen Silberlösungen kann die Umbildung schon eine ganz beträchtliche, zu augenfälligen pharmakologischen Effekten führende sein.

Bakteriologische Untersuchungen, z. B. die von C. Siebert, haben gezeigt, daß rein kolloidale Silberpräparate in bezug auf gonokokkentötende Kraft den Silbeieiweißverbindungen doch etwas unterlegen sind. Der Grund dafür liegt nach v. Oettingen[3]) darin, daß das fein verteilte Silber von dem voluminösen Eiweißmolekül angezogen und so z. T. außer Wirksamkeit gesetzt wird, d. h. es tritt eine Adsorptionserscheinung ein. Durch Steigerung der Konzentrationen der kolloidalen Silberlösungen läßt sich diese Schwäche aber glatt ausgleichen.

Diese Adsorptionserscheinungen, die nach der einen Seite die Desinfektionskraft zu schwächen scheinen, bedingen aber die schätzenswerte Eigenschaft der Nährbodenverschlechterung. Durch die Adsorption der Silberteilchen an die Eiweißmoleküle und deren ziemlich feste Verankerung wird das Nährsubstrat für die Gonokokken, wenn man so sagen darf, verdorben, und sie zeigen auf einem solchen Nährboden keine Neigung zum Wachstum. Diese Tatsachen sind von C. Siebert, W. Steinbiss im Reagenzglasversuch bewiesen, zeigen sich aber auch auf Grund klinischer Beobachtungen in der Harnröhre.

---

[1]) Langer und Peiser, D. m. W., 1924, Nr. 42. — [2]) Zit. nach W. F. v. Oettingen, M. m. W., 1925, Nr. 5. — [3]) W. F. v. Oettingen, M. m. W., 1925, Jahrg. 72, Nr. 5.

Digitized by Google

Mit der Adsorption wird aber noch ein anderes therapeutisch günstiges Moment verknüpft sein. Durch die außerordentlich große Oberfläche der Silberteilchen werden auch die Toxine, jene bei Zerfall oder durch Sekretion der Gonokokken entstehenden, stark reizenden, entzündungserregenden und die Autoimmunisation lähmenden Stoffe adsorbiert, wie wir die rein physikalische Adsorption ja therapeutisch bei Darmkrankheiten durch Anwendung von Bolus, Tierkohle usw. ausnutzen, und die Ausschaltung jedes entzündungserregenden Moments ist, wie wir immer betonen, von außerordentlicher Wichtigkeit.

Das Targesin hat eine auffallende biologische Eigenschaft, die auch dem Reargon, allerdings nicht so ausgesprochen, eigen ist. Mit jedem anderen Silberpräparat, sei es ein Silbersalz, eine komplexe Silberverbindung, oder ein Silbereiweißkörper, kann man durch Steigerung der Konzentration und der Häufigkeit der Applikation bei jedem Individuum Reizwirkungen auslösen. Beim Reargon wurde zur normalen Gonorrhoebehandlung eine 5%ige Lösung von vornherein empfohlen. Die Verwendung einer 5%igen Protargollösung in gleicher uneingeschränkter Weise wäre unmöglich wegen der sich einstellenden Entzündungen, dabei ist ein geringer Unterschied im Silbergehalt des Protargols 8%, und des Reargon 6%. Die 5%ige Reargonlösung wird auch in der größeren Zahl der Fälle mit kurativer Wirkung gut vertragen. Nur ein Teil der Patienten reagiert mit heftigem Reiz darauf. Dies macht den Eindruck idiosynkratischer Reaktionen, und man muß, da solche Erscheinungen vom kolloidalen Silber nicht bekannt, die Begleitkomponenten dafür verantwortlich machen. Wir möchten in Parallele hierzu die bei der Jodoformanwendung häufig beobachteten Erscheinungen setzen. Die meisten Individuen vertragen Jodoform, unabhängig von der Quantität, einzelne aber reagieren darauf mit den heftigsten Entzündungserscheinungen der Haut. Bei Targesin vollends beobachtet man, auf Grund seiner, wenn man so sagen darf, entgifteten Hilfskomponente keinerlei Reizungen, man kann die Konzentration beliebig steigern und hat sogar 10%ige und höhere Lösungen ohne jede Reizwirkung angewendet. Das Targesin ist also ein Mittel, das man jedem Patienten, ohne ängstlich mit der Konzentration zu sein, in die Hand geben kann, ohne eine Verschlimmerung des Leidens befürchten zu müssen, ein Umstand, von dem auch die Ophthalmologen gern Gebrauch machen. Ob es allerdings nicht hier und dort einmal ein Individuum geben könnte — zwar ist derartiges von uns nicht beobachtet worden und auch in der Literatur darüber etwas Bestimmtes nicht niedergelegt —, das auf Targesin idiosynkratisch reagierte, müssen wir, da es so viel Konstitutionen als Individuen gibt, dahingestellt sein lassen.

Da eine immerhin beträchtliche gonokokkentötende und entwicklungshemmende Kraft (Steinbiss[1]) die Wirkung des Targesins noch unterstützt, so hat man hier, unter Berücksichtigung der Leitmotive, vielleicht das erreicht, was zu erreichen im Bereiche der Möglichkeit lag, wofür auch die sich immer mehr häufenden, durchaus günstigen Erfahrungen in klinischer Richtung sprechen.

[1]) W. Steinbiss, Derm. W., 1923, Nr. 42.

Digitized by Google

Versuchen wir, den Gang der Entwicklung der Silberpräparate summarisch auf eine kurze Formel zu bringen, so ergibt sich, daß man, teils unbewußt, teils bewußt, versucht hat, den Silbersalzen ihre entzündungserregenden Eigenschaften auf gesunde und kranke Schleimhäute zu nehmen. Nach Milderung der unerwünschten Effekte versuchte man dann durch Hinzufügen von anderen pharmakologisch aktiven Komponenten die Wirksamkeit zu steigern, wobei aber beachtet werden muß, daß diese an sich frei von jeder Entzündungserregung sind.

Wider die „eine maximale Kur mit möglichst großen Einzeldosen und die maximale Frühbehandlung" als Ursache vermeidbarer Salvarsan-Todesfälle

Von

San.-Rat. Dr. Schindler,

Facharzt für Hautkrankheiten in Fulda

Soeben wird der Bericht des 14. Kongresses der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Dresden vom 13.—16. September 1925 versendet. Ich finde in diesem 151. Band des Archivs für Dermatologie und Syphilis ein Referat von Erich Hoffmann-Bonn: „Erstrebtes und Erreichtes bei der maximalen Frühbehandlung der Syphilis mit Bemerkungen zur Malariatherapie".

In diesem Referat sagt Hoffmann: „Bei ganz frischer seronegativer (warum immer sero? und nicht serum?) Lues genügt meist eine maximale Kur mit möglichst großen Einzeldosen".

Ich habe in meinem 1925 von S. Karger-Berlin verlegten Buch: „Die Konstitution als Faktor in der Pathologie und Therapie der Syphilis" gegen diese Lehre nachgewiesen, daß es durchaus gar nicht auf eine starre schematische Therapie mit einer maximalen Einheitskur und möglichst hohen Einzeldosen ankommt, und daß sie unnötig ist. In Wahrheit liegen die Dinge so, daß es auf eine ganz verschiedene, höchst individuelle, variable Dosierung ankommt, nicht auf eine schematische maximale Kur mit festliegenden maximalen Einzeldosierungen.

Diese individuelle Dosierung richtet sich ganz nach der Konstitution des Kranken, der Abwehrbereitschaft des Organismus, die wiederum bedingt ist von der Tendenz desselben zur Spontanheilung der Syphilis. In den Tabellen meines Buches zeigte ich, daß jeder Kranke eine andere Dosis Salvarsan braucht, um eine negative[1]) WR zu erreichen oder sie konstant zu erhalten oder sie schließlich trotz massivster Dosen überhaupt nicht zu erreichen. Die optimale Dosierung war aber sehr oft ein erstaunliches Minimum!

---

[1]) Die Bedeutungslosigkeit der negativen WR für die Prognose oder als Zeichen der Heilung sei hier nicht erörtert.

Digitized by Google

Aus meinen Tabellen geht auch hervor, wie ungeheuer zuviel Salvarsan der eine und der andere bei der starren maximalen Einheitskur mit feststehender Dosis ganz überflüssigerweise bekommt, bzw. bekommen hätte, weil er für seine abwehrbereite Konstitution nur eines kleinen Bruchteils des Gegebenen bedurfte, um eine konstante negative Serumreaktion zu erreichen.

Wie kam ich aber zur grundsätzlichen Opposition gegen die herrschenden Lehren?

Nun, durch den tragischen und erschütternden Tod eines jungen Mädchens im Februar 1921, welches nach nur einmaligem Verkehr mit ihrem Bräutigam an Syphilis erkrankte und im serumnegativen Primärstadium an akuter Salvarsan-Arsenvergiftung starb!

Am 15. XI. 1920 Primäraffekt; Serumreaktion komplett negativ, niemals während der Behandlung umschlagend, negativ am Schluß der Behandlung, negativ noch ante mortem moriturae; bis 19. I. 1921, jeden 4.—5. Tag eine Injektion von Silbersalvarsan à 0,2 oder 0,25 in 40 ccm dest. Wasser mit Eigenblut (aspiriert in die Spritze), im ganzen 15 Spritzen mit insgesamt 3,25 Silbersalvarsan. Jede einzelne Spritze wurde „wie Wasser“ (ein von Dreyfus geprägtes Wort) vertragen bei allerbestem Wohlbefinden. Ich glaubte damals selbst noch „nach der Schule Brauch“ an die maximale Kur und entließ die Kranke hochbefriedigt. Aber schon 8 Tage nachher, am 27. I. 1921, kam die Kranke wieder und zeigte mir einige mit Serum gefüllte Bullae an beiden Armen. Diese heilten schwer ab und es kamen wieder neue. Bald konnte das Mädchen nicht mehr ausgehen, weil die Fußsohlen schmerzten und geschwollen waren infolge einer starken Arsenkeratose und Dermatitis, zu den Bullae entwickelte sich ein Arsenexanthem im Gesicht und am Stamm, und Durchfälle traten ein. Diese wurden bald blutig, und an diesen unstillbaren blutigen Diarrhoen starb das Mädchen sehr bald an Erschöpfung in den ersten Tagen des Februar 1921.

Tief erschüttert fragte ich mich: Mußte das sein? 3,25 Silbersalvarsan war eine normale, mittlere Dosis. Niemals hatte sich ein Todesfall ereignet oder ein bedrohliches Symptom bei meinen vielen Kranken, welche weit mehr Salvarsan bekommen hatten. Aber für dieses Mädchen, für diese Konstitution war 3,25 bereits eine letale Dosis.

Bei dem jungen Mädchen, welches während der ganzen Kur frisch und gesund war, traten die Vergiftungserscheinungen erst 8 Tage nach der letzten, der 15. Injektion ein. Man wird kaum fehlgehen, wenn man annimmt, daß die Intoxikation entstanden ist durch das Zuviel der letzten Einspritzungen, durch Speicherung und Summierung des Salvarsans. Wäre bei der 8. Einspritzung (nach 1,6 Silbersalvarsan) die Kur beendet oder abgebrochen worden, so wäre die Vergiftung in diesem Fall sicher nicht eingetreten; das Befinden war ja immer ausgezeichnet, bis 8 Tage nach der letzten Injektion erst die Bullae auftraten.

Durch planmäßige Änderung meiner Dosierung, jedem Kranken eine andere Gesamtdosis gebend bei stets gleicher Einzeldosis von 0,2 Silbersalvarsan, sah ich dann später durch eine vergleichende Zusammenstellung, daß schon 1,0—1,5 Silbersalvarsan in der 1. Kur ausreichten, bei noch negativer Serumreaktion diese aufrechtzuerhalten. Ich muß aber auf das bestimmteste die Empfehlung E. Hoffmanns, die ganze Behandlung in eine maximale Kur mit möglichst hohen Einzeldosen zusammenzudrängen, als eine ganz unnötige Gefährdung des Kranken bezeichnen. Auch das verstorbene Mädchen bekam unnötiger-

Digitized by Google

weise zuviel Salvarsan. Es war sicher für sie besser, eventuell infolge einer „schwachen" Behandlung eine positive Reaktion zu bekommen und zu leben als Ernährerin der Eltern, als infolge maximaler Behandlung die negative Dauerreaktion zu bekommen und zu sterben. Und schließlich hat das Salvarsan doch durch das Stovarsol-Spirozid und das Bi einen solchen Stoß erhalten, daß man dem von Zeit zu Zeit ausgesprochenen kategorischen Imperativ: „Salvarsan ist unentbehrlich!" keine Bedeutung mehr zusprechen kann.

Über „Gonaromat" in der Gonorrhoetherapie

Von

Dr. Werner Freischmidt in Charlottenburg

Mit reichlicher Skepsis pflegt der Praktiker immer und immer wieder das Auftreten neuer Spezialmittel zu begrüßen. Ganz vereinzelt nur sondert sich aus der großen Masse der empfohlenen Präparate das eine oder andere ab, das durch besondere Vorzüge geeignet erscheint, sich in der dermatologischen Praxis für unabsehbare Zeit eine Stellung zu bewahren. Einem neuen Präparat, „Gonaromat", das mir von der Firma E. Täschner-Potsdam zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt wurde, scheint auf dem Gebiet der internen Gonorrhoebehandlung eine besondere Rolle vorbehalten zu sein.

Als eine ganz unangenehme Nebenerscheinung bei der Anwendung der bisher gebräuchlichen Harnantiseptika pflegte sich der üble Nachgeschmack, das Aufstoßen und das Druckgefühl im Magen bemerkbar zu machen, Symptome, die vielfach die Patienten, heimlich oder offen, veranlaßten, das Präparat zu meiden und sich so eines wichtigen Faktors für ihre Heilung zu begeben. Wir wissen, in welcher eigenartigen Weise gerade die Harnantiseptika durch ihre schnelle Herabminderung der äußeren Symptome, durch ihre rasche Urinklärung und den schmerzlosen Ablauf ihre psychische Wirkung auf den bekanntermaßen vollkommen desolaten Gemütszustand des Patienten ausüben. Da war es denn eine notwendige Forderung, die Wichtigkeit der Anwendung mit der angenehmen Ausführung in Einklang zu bringen, eine Aufgabe, die die Firma Täschner bei der Herstellung des „Gonaromat" in der vollkommensten Weise gelöst hat. Zunächst wurden bei der Zusammensetzung des Mittels alle neueren Erfahrungen, die in der Frage der reizlosen Harnantiseptika gemacht waren, erschöpfend berücksichtigt. Dann kam es darauf an, in dem neuen Mittel die früheren Fehler zu vermeiden und die verwandten Balsamika, vor allem das Ol. Santal. so chemisch rein darzustellen, daß die schädlichen Nebenwirkungen, insbesondere die unangenehmen Magenbeschwerden, das Aufstoßen, die Nierenreizungen oder die Exantheme ausgeschaltet werden konnten.

In der vollkommensten Weise erfüllt „Gonaromat" die vorstehend verlangten Bedingungen, die an ein wirklich brauchbares Heilmittel gestellt werden müssen. Die Grundlage des Präparates bildet bestes Ol. santal. ostindic., das auf einen Santalolgehalt von 93—94% heraufgesetzt ist und dem eine Reihe spezifischer ätherischer Öle beigemengt ist, und zwar Ol. chamomill. als schmerzstillend und entzündungshemmend, Ol. macid. als gefäßverengernd, Ol. cinnamoni als harndesinfizierend und endlich Ol. menth. piperit. und Ol. caryophyll. als geschmackkorrigierend. Wie schon hervorgehoben, verhindert die chemische Reinheit der Präparate die unerwünschten Nebenwirkungen auf die Nieren, die geschmackskorrigierenden Bestandteile und die schwer lösliche Umhüllung dagegen die lästigen Magenstörungen. Aus alledem erklärt sich auch die Tatsache, daß „Gonaromat" von den Patienten im Gegensatz zu den bisher gebräuchlichen internen antigonorrhoischen Präparaten auch bei langem Gebrauch, wie er bei Epididymitiden, Funikulitiden usw. die Regel ist, mit bemerkenswerter Vorliebe genommen wird.

Wenn wir auch niemals der lokalen Behandlung bei der Gonorrhoetherapie werden entraten können, denn trotz der durch „Gonaromat" erreichten Erhöhung der Urinazidität und der dadurch bedingten Verschlechterung der Lebensmöglichkeiten der Bak-

Digitized by Google

terien ist eine einwandfreie antiseptische Tätigkeit des Harns nicht zu erreichen, haben wir doch in ihm ein außerordentlich wertvolles Mittel zur wirksamen Unterstützung der lokalen Therapie in die Hand bekommen.

Ich habe das Mittel an einer größeren Zahl von Fällen geprüft, unangenehme Folgeerscheinungen habe ich in keinem Falle feststellen können, im Gegenteil, die erreichten Erfolge waren derartig in die Augen fallende, daß ich seither diesem Präparat vor allen anderen im Handel befindlichen Balsamicis entschieden den Vorzug gebe.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archiv für Dermatologie und Syphilis

1927, Bd. 152, H. 3

Weitere Untersuchungen über die bei der künstlichen Krebserzeugung wirksamen Teerbestandteile, von Br. Bloch und F. E. Widmer, Hautkl. Zürich. S. 529 bis 543. Als Ausgangspunkt der Versuche diente ein Rohsteinkohlenteer, dessen karzinogene Fähigkeit bereits erprobt war. Zunächst wurde ein Rohdestillat bei etwa 120° (1,15 mm Druck) hergestellt und neutralisiert, in welchem, wie das Experiment ergab, der Hauptteil der karzinogenen Substanzen zu suchen war. Die Prüfung weiterer Fraktionen des neutralen Teerdestillates zeigte, daß die wirksamen Substanzen bei Temperaturen über 230° überzudestillieren begannen. Am stärksten erwies sich eine Fraktion, die zwischen 275 und 284° lag. Die Beobachtung, daß der Übergang der karzinogenen Substanzen in einer relativ großen Destillationsbreite zwischen etwa 240—300° erfolgt, läßt schließen, daß die tumorbildende Wirkung des Teeres sich nicht auf eine einzige einheitliche Substanz zurückführen läßt, sondern auf mehrere, sehr wahrscheinlich untereinander chemisch verwandte, homologe Verbindungen, wobei die eine zwischen 275 bis 284° überdestillierende vielleicht quantitativ vorwiegt. Diese Substanzen enthalten weder Stickstoff noch Schwefel, noch Arsen. Mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich um hochmolekulare, zyklische Kohlenwasserstoffe von noch unbekannter Natur. In pathogenetischer Hinsicht ist bemerkenswert, daß die Anwendung optimaler Fraktionen keineswegs eine entsprechende Zunahme der Erkrankungen bedingt. Vielmehr scheint dieselbe im wesentlichen von der Beschaffenheit der Zellen, von ihrer Karzinombereitschaft, abzuhängen. Dafür spricht das Refraktärbleiben bestimmter Tier- und Gewebsarten und die großen Unterschiede in der Empfänglichkeit bei den einzelnen Tieren der gleichen Art. Der Angriffspunkt der karzinogenen Noxe ist offenbar die Zelle, obwohl die Änderung ihres biologischen Wesens rätselhaft bleibt. Zwischen der allgemeinen toxischen und der lokalen Wirkung des Teeres besteht kein Parallelismus, denn stark karzinogene Fraktionen sind im allgemeinen sehr wenig toxisch. Schließlich sprechen die Beobachtungen auch gegen die parasitäre Theorie der Krebsentstehung. Denn Stoffe, welche bei einem Druck von 1,15 mm und nahezu 300° Temperatur überdestillieren, können keine Lebewesen enthalten.

Beitrag zur Kenntnis der Rezidive bei Pilzerkrankungen der behaarten Kopfhaut nach Röntgenbehandlung, von E. Muskatblüt und N. Tschernogubow, Hautabt. Isolierungs-Krkh. d. Kommiss. d. Unterrichtsw. Moskau. S. 544—561. Bei einem Material von 1546 Fällen wurden 6,4% Rezidive beobachtet. Die meisten derselben fielen in das erste Jahr nach der Röntgenbehandlung. Die Zahl der Rezidive war bei den jüngeren Pat. (Kindern) geringer, bei den älteren erheblicher. Am häufig-

Digitized by Google

sten kehrte Trichophytie wieder, weniger Favus, und Mikrosporie gar nicht. Der Erfolg war bei Verwendung einer Coolidgeröhre wesentlich günstiger als bei der einer Müllerschen oder Gundelachschen Gasröhre, ferner besser bei einer fünf- als bei einer dreistelligen Bestrahlung und schließlich größer bei vollständiger als bei unvollständiger Epilation. Zum Rezidiv prädestiniert ein frühzeitiger Beginn des Haarneuwuchses. Verhütend wirkt eine Nachbehandlung mit Salben (Ung. sulfo-carbol. oder sulfo-formalinic.). Die Rezidive sind gegenüber der ersten Erkrankung in ihrer Ausbreitung wesentlich beschränkter, und die Entzündung erscheint weniger ausgesprochen. Für den Beginn gibt es zwei Maxima, eines am Schluß des 1. und am Anfang des 2. Monats, das zweite im 3.—4. Monat. Richtige Bestrahlungstechnik und sorgfältige Nachbehandlung ist der beste Schutz gegen Rezidive, aber selbst dann ist anscheinend noch nicht jedes Rezidiv zu vermeiden.

Die optimale Salvarsandosierung, von S. Bogdanow, Hautkl. der II. Univ. Moskau. S. 562—567. Kleine Salvarsandosen (Neosalvarsan 0,3) sind um 50—100 oder mehrmal ungiftiger als große. Vergleichende Beobachtungen zwischen Kuren, bei welchen die gleiche Gesamtdosis auf wenige oder zahlreiche Injektionen verteilt wurde, ergaben, daß das in kleinen Dosen angewandte Salvarsan wirksamer war als das in großen.

Zur Kenntnis des asymmetrischen Leucoderma syphiliticum, von I. Kliorin, I. Gouvernementskrkh. Orel. S. 568—574. Bei der 1. Frau war das Leukoderma auf der rechten Seite stärker ausgeprägt. Gleichseitig war Anisokorie, Astigmatismus und Verkrümmung der Wirbelsäule vorhanden. Im 2. Falle, ebenfalls einer Frau, saß das stärker entwickelte Leukoderma auf der linken Seite in der Lendengegend. In dem Gebiete desselben war die Sensibilität am stärksten gestört. Im ersten Falle läßt sich die Asymmetrie durch konstitutionelle Schwäche einer Körperhälfte, im anderen durch die spinale Erkrankung erklären.

Zur Frage der Xanthomgenese, von F. Herrmann und E. Nathan, Hautkl. d. Krkh. Nürnberg. S. 575—601. Die Untersuchungen knüpfen an den Fall eines 16jähr. Bäckerlehrlings an mit einem Xanthoma juvenile (multiplex disseminatum). Bemerkenswert war der günstige Erfolg der Therapie, cholesterinfreie bzw. -arme Kost (Pflanzennahrung), Ruhe und Jodkalium (täglich 1 g), der darauf hinweist, daß es sich nicht um endogen gebildetes Cholesterin handelt. Die Untersuchung des Blutes nach Entnahme im nüchternen Zustande ergab weder eine Erhöhung des Gesamtcholesterins, noch eine große direkte Ausschüttelbarkeit mit Äther. In einer Zeit, in der sich der Krankheitsprozeß weitgehend verschlimmerte, war sogar ein Sinken des Cholesterinspiegels unter den normalen Wert zu konstatieren. Man kann vermuten, daß hier eine erhöhte Ausfällbarkeit des Cholesterins die Abnahme des normalen Spiegels und der Xanthombildung bewirkt hat. Eine zweite Beobachtung, eine 16jähr. Schülerin mit Xanthoma tuberosum multiplex localisatum an Ellenbeugen, Knien und über den Fußsehnen, ließ dagegen einen sehr hohen Cholesterinspiegel und dabei einen absolut und relativ großen Anteil direkt ausschüttelbaren Cholesterins erkennen. Dieser Nachweis muß zu dem Schluß führen, daß sich das Xanthom durch Ausfällung des labilen Suspensoids aus einer gelockerten kolloidalen Bindung in das Gewebe bildet. Bemerkenswerterweise fand sich auch bei dem Bruder des Mädchens ein hoher Gesamtcholesterinspiegel und ein sehr hoher direkt ausschüttelbarer Anteil ohne irgend welche klinische Erscheinungen. Durch Einschränkung der Cholesterinzufuhr (Pflanzenkost) und Anregung der Ausscheidung (Karlsbader Salz) gelang es, den Cholesterinspiegel zu senken und die Xanthombildung zu reduzieren. Bei dieser Form von Xanthoma juvenile fand sich also eine Zustandsänderung einer größeren Menge von Serumcholesterin (Hydrophobie des Cholesterins), die bei der disseminierten Form vermißt wurde.

Über papilliforme Syringocystadenome, von H. Biberstein, Hautkl. Breslau. S. 602 bis 610. Zwei Tumoren sind charakterisiert durch die Hautoberfläche überragende Zapfen bzw. höckrige, papilliforme Auswüchse. Die Zapfen sind leicht erodierbar mit Neigung zur Blutung. Die Veränderung besteht seit frühester Jugend bzw. seit Jahren an der Kopfhaut bei erwachsenen Frauen. Histologisch finden sich frei an der Oberfläche mündende Tubuli und Zysten. Im dritten Falle bei einem Kinde bestand ein flacher Herd an der Brust. Histologisch große Hohlräume, die sich breit an der Oberfläche öffnen. In allen Fällen war das Lumen mit papillären Exkreszenzen ausgekleidet, während das umgebende Stroma von einem Plasmazelleninfiltrate durchsetzt war. Auch ein unmittelbarer Zusammenhang mit einer Schweißdrüse wurde gefunden. Die Einordnung der Tumoren zu den Adenomen oder zu den Epitheliomen ist strittig.

Digitized by Google

Studien über Vererbung von Hautkrankheiten. X. Die Nachkommenschaft der Recklinghausenkranken, von G. A. Fischer, Hautkl. u. Polikl. München. S. 611 bis 616. Fruchtbarkeitsverminderung ist bei rezessiven Krankheiten ganz gewöhnlich, nicht aber bei dominanten. Bei der hierher gehörenden Recklinghausenschen Krankheit findet sich ein sehr hoher Prozentsatz der Ledigen (81% Männer bzw. 64% Weiber). Das Heiratsalter dieser Kranken ist ungewöhnlich hoch, die Kinderzahl gering. Von einer Vererbung der Krankheit waren nur 18% nachweislich betroffen, 70% dagegen frei. Von einer Behaftung der Eltern war in 84% der Fälle nichts bekannt, nur in 16% derselben war ein Elter befallen. Als Ursache der verminderten Fruchtbarkeit ließen sich in einem Teile der Fälle Störungen der Sexualsphäre (Impotenz und Asexualität bei den Männern und verspäteter Beginn und vorzeitige Pause der Menses bei den Frauen) feststellen.

Beiträge zur Klinik, Pathogenese und Therapie der Terpentindermatitis, von A. Perutz, Amb. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. der Wiener Krankenkassen. S. 617—652. Die Terpentindermatitis ist eine Berufskrankheit. Ihr akutes Stadium ist im wesentlichen als allergische Erscheinung aufzufassen; wird sie subakut, so handelt es sich um die Kombination mit Ekzem. Beim chronischen Stadium tritt die Allergie ganz in den Hintergrund, und es bleiben nur die Symptome des Ekzems. Diese Änderung des Prozesses ist die Folge einer langsamen Selbstdesensibilisierung bzw. der Ausdruck der Hautgewöhnung an die schädigende Substanz. Die Inkubation beträgt 10—20 Tage. Ausbrüche bei wiederholter Zufuhr treten nach 2—3 Tagen ein. Auch die Vererbung spielt eine Rolle. Bei an Terpentindermatitis Erkrankten lassen sich spezifische Reaktionen auslösen, und zwar durch äußere wie auch durch intrakutane Applikation. Praktisch bemerkenswert ist, daß Heftpflaster, welches ungesättigte Polyterpene enthält, die gleiche Reaktion auslöst. Versuche mit Pinen ergaben eine schwächere Reaktion. Kampfer bleibt wirkungslos; er ist aber auch ein gesättigter Terpenkohlenwasserstoff (Terpenketon). Wahrscheinlich ist die gegen Terpentin allergische Haut nur gegen ungesättigte Terpene, sowohl in ihrer einfachen als in ihrer polymeren Form, überempfindlich. Experimentell wurde bei den Pat. am Auge durch eine schwache Eserinlösung eine deutliche Myosis hervorgerufen. Da der Angriffspunkt des Eserins in den parasympathischen Endapparaten des Okulomotorius liegt, ist diese Physostigminmyosis durch eine Übererregbarkeit des Vagus bedingt. Die intravenöse Injektion von 0,01 mg Adrenalin senkt den systolischen Blutdruck und vermindert die Pulszahl; Ausdruck eines quantitativen Mangels im Synergismus des Sympathikus, Parasympathikus bzw. gesteigerten Reizbarkeit des Vagus. Intravenöse Pilokarpininjektion bewirkt Blutdrucksenkung bei Zunahme der Pulsfrequenz, umgekehrt die subkutane (0,5—1 mg) eine Steigerung derselben, dazu eine Allgemeinwirkung (Rötung des Gesichts, Salivation, Schwitzen und Tränenabsonderung); Störung im vagosympathischen Gleichgewicht. Vom gewerbeärztlichen Standpunkte aus ist allen Personen, welche an solcher Störung leiden, der Eintritt in jene Berufe abzuraten, bei denen sie an gewerblichen Erkrankungen der Haut allergischen Ursprunges erkranken können. Das Blutbild der Kranken, Eosinophilie und Lymphozytose, spricht für ein Überwiegen der Parasympathikusfunktion. Die pharmakodynamische Untersuchung nach Groer-Hecht ergab eine Übererregbarkeit des Parasympathikus. Die passive Übertragung der Terpentinempfindlichkeit auf einen vorher nicht terpentinempfindlichen Menschen gelang nach der Methode von Prausnitz-Küster. Therapeutisch kommt einmal die Desensibilisierung in Betracht, dann die Blockierung des Parasympathikus mit Atropin bzw. die Hebung der Erregbarkeit des Sympathikus durch Adrenalin und Ephedrin.

Über den Blutzuckerwert bei Hautkrankheiten, von M. Loeb, Hautkl. Freiburg. S. 653—659. Die Untersuchungen erstrecken sich auf 462 Fälle. Eine Abhängigkeit vom Alter ergab sich nicht. Die normalen Grenzwerte zwischen 80—110 mg fanden sich bei Ulcus cruris, Lues, Dermatitis herpetiformis, seborrhoischem Ekzematoid, Ekzem, Dermatitis toxica, Kälteurtikaria, Skabies, Mykosen, Mycosis fungoides, Pyodermien, Psoriasis, Akne. Nur bei einzelnen Fällen kommen höhere Werte vor. Eine Hyperglykämie zeigen Furunkulose, Dermatitis intertriginosa, Ulcus vulvae acutum, Erythema exsudativum multiforme. Bei Asthma, spätexsudativem Ekzematoid und exsudativen Säuglingen deutliche Hypoglykämie.

Zur Kenntnis der Wirkung der Antisyphilitika, von S. Somogyi, Hautkl. Budapest. S. 660—663. Beobachtungen über das Verhältnis von Albumin, Globulin und Fibrinogen zum Gesamteiweiß des Blutes ergaben, daß Quecksilber und Wismut bei Individuen mit normalem Eiweißspiegel dieselben Veränderungen bewirken, wie sie nach

Digitized by Google

Injektionen von artfremdem Eiweiß beschrieben worden sind. Diese Steigerung des Fibrinogen- und Globulingehaltes vermag das Salvarsan nicht hervorzubringen, vielmehr verringert es die hohen Werte dieser Körper bei rezenten Luetikern. Demnach besteht zwischen dem Wirkungsmechanismus des Quecksilbers und des Wismuts und andererseits jenem der Proteinkörper eine auffallende Analogie. Schließlich ergibt sich, daß nicht bloß Fibrinogen- bzw. Globulinvermehrung, sondern auch Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit und Agglutination auf die physikochemische Veränderung des Blutes zurückzuführen sind.

Über die Filtrierbarkeit des Herpes-Virus, von S. Minami und I. Ehara, Hautkl. Okayama, Japan. S. 664—669. Die Filtrierbarkeit von Herpes labialis, genitalis und zoster wurde durch testikulare, korneale und subdurale Impfung des Filtrates erwiesen. Beim Hoden war der Nachweis nicht selten erst histologisch zu erbringen. Das Virus passiert Mandler- leichter als Chamberland-Filter. Das Resultat der Filtration war am besten, wenn eine Emulgierung in Bouillonnährboden vorgenommen wurde.

Herpes zoster generalisatus — Herpes zoster varicellosus, von F. Hinze, Hautkl. d. Inst. f. ärztl. Fortbild. Leningrad. S. 670—671. Mitteilung eines Falles. Z. g. besitzt große Ähnlichkeit mit Varizellen, deren Bedeutung noch unklar ist.

Neurodermitis und Neurodermie, von C. Kreibich-Prag. S. 672—678. Neurodermitis und Neurodermie sind Scheuerungseffekte. Akut deckt sich ein solcher im Wesen mit dem Hebraschen Kratzekzem. Ihm kann ein subakuter entzündlicher Vorgang, Neurodermitis, oder ein chronischer und nicht entzündlicher, Neurodermie, folgen. Bei der Neurodermitis finden sich um die Gefäße und in der Epidermis exsudative oxydasepositive Zellen, ferner Parakeratose, Ödem der Epidermis und um die Gefäße, muzinöse Bindegewebsdegeneration, hauptsächlich perifollikulär. Zur entzündlichen Neurodermitis gehören Lichen Vidal und die meisten primären und sekundären Lichenifikationen von den kleinsten Formen bis zu den verrukösen oder tumorartigen Varianten. Die Neurodermie entsteht entweder ohne Entzündung, oder, wenn eine frühere Entzündung vorausging, so ist sie nicht der Grund der Veränderung. Neurodermie ist Pigmentvermehrung in gescheuerter Haut, andererseits Pigmentatrophie. Hyperpigmentation kann sich verbinden mit Follikelkeratose, hypertrophischer Neurodermie. Die Ursache derselben beruht auf wiederholter fluxionärer Hyperämie. Die Entstehung konnte an einem Falle von dysmenorrhoischer Urtikaria verfolgt werden, wobei auf hyperämischen Flächen schließlich herdförmige Keratosen entstanden. Die Wirkung der fluxionären Hyperämie zeigt die Erythromelalgie, bei der es zu verschiedenen hypertrophischen Erscheinungen kommt. Auch bei der Acanthosis nigricans läßt sich eine ähnliche Entstehung vermuten. Weiterhin kommt die gleiche Entstehungsmöglichkeit für die Keratodermia symmetrica in Betracht, die sich ausschließlich an Stellen fortgesetzter Traumatisierung und wiederholter Fluxion entwickelt. Endlich wird ähnliches auch für das Keratoma palmare et plantare hereditarium (funktioneller Naevus) und die Epidermolysis hereditaria angenommen.

Zur Kasuistik der Epitheliome, von C. Kreibich-Prag. S. 679—683. Im ersten Falle war das Kankroid auf einer Veränderung entstanden, die den Eindruck einer senilen Warze erweckte. Bei näherer Untersuchung erwies sie sich als ein akanthotischer Pigmentnaevus. Bemerkenswerterweise führte die Entartung nicht zum Naevuskarzinom, sondern zum Kankroid. Der andere Fall betrifft die Entstehung eines solchen in einer Verbrennungsnarbe. Die Veranlassung lag 20 Jahre zurück. In der Mitte der Narbe war eine dicke hyperkeratotische Platte entstanden. Die histologische Untersuchung derselben ergab am Rande Akanthose und Hyperkeratose, im Zentrum Kankroid.

Über Carcinosis cutis multiformis (verrucosa) (Sogenannte Dermatosis praecancerosa Bowen), von W. L. L. Carol, Pathol.-anat. Labor. d. Univ. Amsterdam. S. 687 bis 707. Bei einer 65jähr. Frau fand sich an der Mamma eine etwa haselnußgroße, runde, kuppelförmige, krustenbedeckte Erhabenheit. Unter der Kruste ein roter, glatter, feuchter und derber Knoten. Außerdem auf der Haut noch annähernd 200 zerstreute, scharf begrenzte Fleckchen, Papeln, höckrige und warzige Elemente. Rötlich, gelb bis gelbbraun, waren sie kaum merklich bis deutlich derb, glatt oder rauh, linsen- bis zehnpfennigstückgroß, rund, oval oder unregelmäßig scharf begrenzt, flach oder etwas überragend, manchmal zentral atrophisch vertieft, manchmal teils makulös, teils verrukös, schließlich auch serpiginös wie ein Syphilid. Lokalisation am Rumpf und den Extremitäten, Schleimhäute und Kopf frei, keine Drüsenschwellung. Histologisch finden sich unter einer akanthotischen Wucherung neben normalen Stellen Zonen mit dunklen Kernen, die einem atypisch geformten Epithel angehören; großkernige und Riesenzellen, zahl-

Digitized by Google

reiche und sehr atypische Mitosen. Weiter Para- und Hyperkeratose und subkorneale Abszesse. Dyskeratose, Corps ronds (Grains) und Clumping forms sind nachweisbar. Vielfach auch deutliches infiltrierendes Tiefenwachstum. Im Korium diffuse Infiltrate unter der Epidermis; an den tiefergelegenen Lymphgefäßen als Perilymphangitis. Auf Grund dessen, daß sich feststellen ließ: Verschmälerung der Kutis, infiltratives Wachstum in Follikeln, Zerstörung von Schweißdrüsenausführungsgängen, Umwachsen von Hautmuskeln durch Epithel, Eindringen desselben durch die Bindegewebsbälkchen und schließlich örtliches Tiefenwachstum in Form von Epithelsprossen scheint die Auffassung der Bowenschen Krankheit als Präkanzerose zu Unrecht zu bestehen; sie kann vielmehr als Karzinom oder Carcinosis cutis betrachtet werden. Differentialdiagnostisch kommt das Basalzellenkarzinom, die Epitheliomatosis adenoides cystica und die Pagetsche Krankheit in Betracht. In der Regel wird eine Unterscheidung möglich sein. Pathogenese und Ätiologie bleiben dunkel. Ein multilokuläres Entstehen braucht nicht angenommen zu werden, da die Beziehungen zu den Lymphgefäßen für eine Verbreitung auf diesem Wege zu sprechen scheinen.

Beobachtungen über schwere Allgemeinsyphilis bei Kaninchen nach testikularer, intravenöser und subkutaner Impfung, von P. Uhlenhut und H. Großmann, Hyg. Inst. d. Univ. Freiburg i. Br. S. 708—737. Zu den Impfungen wurde ein Truffistamm verwendet. Die Hodenimpfungen sämtlich doppelseitig und intratestal (2 ccm dicker Organbrei), die intravenösen mit Hodenemulsion und die subkutanen Infektionen mit gleicher Emulsion, die unter die Rückenhaut gespritzt wurde. Hodenimpfungen waren in 69 Fällen erfolgreich. Innerhalb eines Zeitraumes von 2—8 Monaten erkrankten 39 Tiere an manifesten Allgemeinerscheinungen (56,5%). Bei 20 derselben kam es nur zur Keratitis, bei 19 zu gummiartigen und ulzerokrustösen harten Infiltrationen und zum Teil zu periostitischen Veränderungen. Die ersten Impfungen gingen in 80—90%, die späteren durchweg in 100% an. Die Inkubationszeit war ebenfalls bei den späteren bedeutend kürzer als bei den früheren Impfungen, wobei ein Einfluß auf Stärke und Art der Hodenentzündung nicht zu erkennen war. Auch das Alter der Tiere schien ohne Bedeutung zu sein. Beachtenswert dagegen war eine teilweise Abnahme der Stärke der primären Erkrankung im Laufe der Passagen (vielfach Ausbleiben des Primäraffektes). Die Neigung, an Sekundärerscheinungen zu erkranken, beruht offenbar auf Virulenzsteigerung. Verminderung in der Intensität der Primäraffekte beeinträchtigt nicht die Häufigkeit der sekundären Erscheinungen; eher scheint das Gegenteil der Fall zu sein. Auch die Stärke beider Krankheitsformen ist voneinander völlig unabhängig. Dagegen verkürzt sich der Zeitraum zwischen Impfung und Sekundärerscheinungen durchschnittlich von 4 auf $2^1/_2$ Monate. Irgend welche Beziehungen zwischen der Dauer der Läsionen und der Intensität der vorausgegangenen Erscheinungen hat sich ebenfalls nicht ergeben. Auffallend ist, daß ein Organvirus, von einem Kaninchen mit schwerer Hautsyphilis stammend, auf zwei andere Tiere verimpft, nur in ganz geringem Grade Allgemeinerscheinungen verursachte und andererseits, daß zwei mit Hodenvirus lokal erkrankte Tiere ohne Sekundärerscheinungen einen Impfstoff ergaben, der bereits bei der ersten Passage zu manifester Allgemeinsyphilis führte. Bei intravenöser Impfung entspricht das klinische Bild im wesentlichen demjenigen nach Hodenimpfung. Bei Verwendung jüngerer Tiere stehen Veränderungen am Skelettsystem im Vordergrunde. Nach dem Röntgenbilde war die Knochenknorpelgrenze und die Gelenkgegend besonders häufig ergriffen. Auffälligerweise kamen Augenerkrankungen nach intravenöser Impfung seltener vor. Auch bei subkutaner Impfung gelang die Erzeugung manifester Allgemeinsyphilis; die Inkubationszeit war die gleiche. Es scheint für den Verlauf der Allgemeininfektion der Infektionsmodus eine untergeordnete Rolle zu spielen. Auch zeigte sich bei diesen Subkutanimpfungen, daß Art und Stärke des primären Krankheitsverlaufes für die Entwicklung der Sekundärerscheinungen ohne ausschlaggebenden Einfluß ist. Besonders werden prominente Körperstellen, Nase, Gesicht, Augen, Ohren, Beine und Schwanz von den Sekundärerscheinungen befallen, wobei an einen Einfluß der Hypophyse zu denken ist. Aber die Beobachtung, daß kastrierte Tiere häufiger manifest erkranken als nichtkastrierte, ließ sich experimentell nur insoweit bestätigen, als hodengeimpfte Tiere, denen 6—10 Wochen später ein oder beide Hoden entfernt wurden, in einem höheren Prozentsatze sekundär erkrankten als nichtkastrierte. Dagegen war ein solcher Unterschied nicht feststellbar, wenn kastrierte Tiere intravenös infiziert wurden. Ganz unerklärlich bleibt die früher nie beobachtete Virulenz des Truffistammes, die nach Beobachtungen in der letzten Zeit wieder verschwunden ist, indem nur noch selten manifeste Erscheinungen bemerkt wurden.

Digitized by Google

Weitere Beiträge zur Kenntnis der Trypanosomenerkrankung des Kaninchens als Modellinfektion für Syphilis (Fieberverlauf. Serumreaktion. Seronegative und seropositive Sekundärperiode. Erreger im Hodengewebe. Immunschwäche des Zentralnervensystems), von A. Stühmer-Münster. S. 738—750. Die Untersuchungen über den Fieberverlauf, die Serumreaktion und die Anwesenheit der Erreger im Blute ergänzen das Gesamtbild der klinischen Erscheinungen. Nach dreitägiger Inkubation erfolgt auf die Hodenimpfung die Primäraffektentwicklung, die regionäre Drüsenschwellung, der Eintritt der Erreger in die Blutbahn unter Fieber und schließlich die Ansiedlung derselben im Hoden. Am 4. Tage Beginn der Antikörperentwicklung, die das Fieber unterdrückt und die Keime im Hoden größtenteils beseitigt. Am 8. Tage ist der Primärkomplex abgelaufen. Vom 9. Tage entwickelt sich die Serumfestigkeit der Keime. Am 13. und 14. Tage beginnen die Sekundärerscheinungen (Schwellungen an den Duplikaturen), positive Blutreaktion, Vermehrung der Keime im Hoden und Aufhören der Reinokulierbarkeit. Bemerkenswert ist die scharfe Trennung zwischen Primärkomplex und Sekundärperiode und ferner, daß der Primäraffekt nur eine sogar unwesentliche Teilerscheinung seines Stadiums bedeutet. Zu den Beziehungen zwischen Schwere der Hauterscheinungen und Erkrankung der inneren Organe (Nervensystem) wird angeführt: stark entwickelte Sekundärsymptome und reichliche Antikörperbildung im Serum scheinen den Liquor zu schützen; zwei Tiere, subokzipital mit einem stets tödlich wirkenden Stamme geimpft, blieben allgemein bzw. liquorgesund und ebenso ein Tier, dem 62 Primäraffekte appliziert wurden.

Ein Fall von Poikilodermia atrophicans vascularis (Jacobi) mit tödlichem Ausgange, von H. Mierzecki-Lemberg. S. 751—755. Ein 43jähr. Arbeiter; Befallensein der ganzen Oberfläche mit Ausnahme von Hand- und Fußflächen, Schleimhäute frei. Beginn der Krankheit in frühester Jugend, Entwicklung geschwüriger Effloreszenzen, unter Entwicklung flacher weißlicher Narben verschwindend. Histologisch: Atrophie der Haut im ganzen, im besonderen der Kutis, Splitterung der elastischen Fasern, Reduzierung der kollagenen Fasern, perivaskuläre Infiltrate, Erweiterung der papillären Gefäße. Tod durch Sepsis. Ätiologisch werden atmosphärische Einflüsse (Nässe und Kälte) hervorgehoben.

Beitrag zu den atrophisierenden follikulären Keratosen, von M. Lang, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Pécs (Fünfkirchen). S. 756—771. Bei dem 56jähr. Tagelöhner begann die Keratose an den Extremitäten, breitete sich später am Rumpf und am Halse aus, befiel dann die Kopfhaut und die Oberlippe. Die Primärläsion ist eine stecknadelkopf- bis gerstenkorngroße, bräunlichrote Papel mit schwarzem Hornpfropf oder Hornstachel an der Spitze; später vielfach narbig atrophierend und hierbei stecknadelkopfgroße weißlichrote Einsenkungen bildend, am Kopf gleichzeitig zu Haarausfall führend. Subjektiv geringes Brennen und Jucken. Histologisch bestand zunächst eine mächtige Hyperkeratose und Hornzystenbildung im Follikel, später Auflösung derselben und Ersatz durch einwandernde neugebildete Bindegewebszellen. Mäßige Hyperkeratose des interfollikulären Epithels. In der Kutis um die Follikel Infiltrate, vorherrschend Fibroblasten, später vernarbend. Untergang der Talg- und Schweißdrüsen. Mit Keratosis pilaris, Ulerythema ophryogenes, sycosiforme, Keratosis spinulosa, Acné cornée und Ichthyosis sebacea cornea hat der Prozeß nichts zu tun. Am meisten ähnelt er einem Falle von Straßberg, den dieser als Keratodermitis follicularis atrophicans beschrieb. Das Primäre des Prozesses scheint die Hyperkeratose zu sein. Denn die jüngsten Elemente sind noch reaktionslos. Erst später entsteht ein hyperämischer Hof und eventuell eine Papel. Ätiologisch handelt es sich wohl um ein konstitutionell bedingtes Leiden; trockne, mäßig abschilfernde Haut, schwacher Baartwuchs, Fehlen der Haare an den lateralen Augenbrauen, Schamhaare spärlich von weiblichem Typ, kleine Statur mit femininem Fettansatz, kaum palpable Schilddrüse und kleine Hoden.

Zur Ätiologie des Säuglingsekzems. I. Hautreizversuche mit Stuhl und Urin, von F. Rosenbund und A. Meyerstein, Kinderkrkh. Berlin. S. 772—778. Appliziert wurde Stuhl und Urin kranker und gesunder Kinder auf die eigene Haut oder auf die Haut ekzematöser und nichtekzematöser Kinder, wobei stets nichtbefallene Stellen benutzt wurden; Erythrodermia desquamativa Leiner, Ekzem (meist seborrhoisches), Intertrigo, Neurodermitis (Lichen Vidal). Mit Urin oder Stuhlaufschwemmung wurden Leinewandstückchen getränkt und auf der Haut fixiert. Die Reaktionen entsprachen den Formen und Stadien des kindlichen Ekzems. Die Reagentien von kranken Kindern erzeugten schneller und häufiger Veränderungen als solche von gesunden und wiederum häufiger und intensiver bei ekzematösen als bei gesunden Kindern. Das Zustande-

Digitized by Google

kommen von Säuglingsekzemen hängt einmal von einer gewissen Reizbarkeit der Haut ab, deren Ursache sich zur Zeit noch nicht erklären läßt. Zweitens davon, daß mit Stuhl und Urin der betreffenden Kinder Stoffe ausgeschieden werden, die Ekzeme hervorrufen können. Die Erkrankungen der Anal- und Genitalregion wären damit zu erklären. Ausbrüche an anderen Stellen werden vielleicht durch diese Stoffe enthaltende Körpersekrete bedingt. H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Detoxication in the Treatment of Burns. (Antitoxische Behandlung von Verbrennungen), von W. R. Wilson-Doncaster. (Brit. Med. J., 1927, Nr. 3444, S. 54.) Bei ausgedehnten Verbrennungen, welche schon zu Erbrechen und anderen toxämischen Symptomen geführt haben, hat Wilson feuchte Verbände mit hypertonischer NaCl-Lösung und Glyzerin mit einem Zusatz von Eusol gelegentlich geradezu lebensrettend gefunden. Das leitende Grundprinzip ist dabei, eine reichliche seröse Absonderung auf der Wundfläche zu erzeugen und zugleich auch dem Sekret freien Abfluß nach außen zu sichern. Eine brauchbare Lösung stellt man her mit:

Rp. Standardlösung von Eusol 1 Tl.
10% NaCl-Lösung $1^1/_2$—2 Tle.
Wasser 4—2 Tle.

Klinische Beobachtungen bei 5 Fällen sind beigefügt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis

Über Erythrämien, von Kobelew. (J. zur Vervollkommnung der Ärzte [Russisch], 1926, Nr. 11.) Die zuerst von Vaquez, dann von verschiedenen anderen beschriebenen Fälle von Polyzythämie beanspruchen auch für den Dermatologen Interesse wegen der dabei auftretenden Veränderungen der Haut. Verf. beschreibt einen einschlägigen Fall. 52jähr. Jüdin mit Klagen über Leib- und Kreuzschmerzen, Erbrechen, Blutandrang zum Kopf, Neigung zur Zyanose der Extremitäten, welche Erscheinungen schon mehrere Jahre bestehen, zeigte eine starke Hyperämie der Haut des Gesichts, des Halses, der oberen Partie der Brust und purpurrote Färbung der Haut der Hände und Füße. Ankylose des rechten Ellbogengelenks, Atrophie der Muskeln der rechten Hand, außerordentlich leichte Vulnerabilität der Hautgefäße; enge Pupillen, Zyanose der Lippen, himbeerartige Färbung der Zunge und des Rachens. Herz vergrößert, Herztöne dumpf, Milz vergrößert. Erythrozyten 8—9 Millionen, Hb schwankte zwischen 117%—120—130%. Leukozyten: 80—89% Neutrophile, 8—15% Lymphozyten, 1—3% Eosinophile und 0,0—3,5% Monozyten. Die Funktionsprüfung des Magens ergab Hyperazidität, die Funktionen der Milz und der Leber waren herabgesetzt. Die therapeutischen Versuche mit den verschiedensten Mitteln blieben erfolglos. A. Jordan-Moskau.

Lichen

Über die Behandlung des Lichen ruber planus mit Röntgenbestrahlungen der Wirbelsäule und der sympathischen Ganglien, von S. Neumark und A. Krynski-Lodz. (Polska Gazeta Lekarska, 1927, Nr. 9.) Behandelt wurden 8 Pat., 5 Frauen im Alter von 34—59 Jahren und 3 Männer von 35—50 Jahren. Technik: Funkenlänge 28 bis 30 cm, 2,5 MA., 25—30 Antikathodenentfernung, Dosis 3—6 H., 3—4 mm Alum.-Filter. Es wurde nur die Intraskapularregion bzw. die Lumbalregion bestrahlt, und zwar in monatlichen Abständen. Die Erfolge waren zum Teil sehr gut, wenn auch etwas langsamer als die von anderen Verf. beschriebenen. 3 Fälle wurden vollkommen geheilt, 3 bedeutend gebessert, nur 2 Fälle von L. r. verrucosus der Unterschenkel verhielten sich refraktär. Bemerkenswert ist, daß auch die Schleimhauteffloreszenzen im Munde günstig beeinflußt wurden, was nicht allen Verff. gelang. In 3 Fällen trat anfänglich nach der ersten Bestrahlung eine starke Verschlimmerung sowohl des Juckreizes als der objektiven Symptome ein: Verbreiterung, Konfluieren des Ausschlages, bis zum Bilde einer exfoliativen Erythrodermie sowie Auftreten neuer Effloreszenzen, in 4 Fällen außer-

Digitized by Google

dem mehrtägiges starkes Schwitzen. Doch wichen diese anfänglichen Verschlimmerungen ziemlich schnell, um einer wesentlichen Besserung Platz zu machen.
v. Karwowski-Posen.

Valeur du traitement radiothérapique du lichen plan. (Wert der Strahlenbehandlung bei Lichen planus), von P. Deruas. (Pr. méd., 1927, Nr. 4, S. 58.) Besonders gute Resultate erzielt man nach Deruas bei Lichen planus durch Bestrahlung der Wirbelsäule. Man kann dabei ausgehen von einer Einwirkung a) auf den Sympathikus oder b) auf das Rückenmark und die Nervenwurzeln. Im ersteren Falle verwendet man eine oberflächliche diffuse Bestrahlung mit weichen, wenig oder gar nicht filtrierten Strahlen (Dosis zu 5 H; Gasampulle, 12—13 cm Funkenlänge, Coolidge EE, 15—22 cm, Aluminiumfilter 0,05). Für die andere Behandlungsart gibt man eine halbpenetrierende Bestrahlung (EE, 25 cm, Filter 0,5) in mehreren Abschnitten längs der Wirbelsäule appliziert, median oder paramedian, mit Kreuzfeuer. Mit beiden Methoden erzielt man ungefähr gleich gute Resultate, doch empfiehlt sich die erstere durch größere Einfachheit und geringere Gefahr unliebsamer Reaktionen. Für die große Mehrzahl der Fälle genügt eine Behandlung mit 2 oder 3 Sitzungen mit einer Zwischenpause von je 3 Wochen. Bei inveterierten Fällen kann nebenbei auch lokale Behandlung notwendig sein.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bullöse Dermatosen

Über die Parasitologie des Pemphigus vulgaris, von B. Lipschütz. (W. kl. W., 1927, Nr. 4, S. 116.) Verf. hat bereits 1911 in einem Doppelversuch in dem durch Milzpunktion in vivo gewonnenen spärlichen Material im Ausstrichpräparat Organismen aufgefunden, die bezüglich ihrer Form und Größe, ihrer Differenzierung in Plasma und Kern und in ihrer Doppelkernigkeit vollkommene Übereinstimmung mit den Zystoplasmen zeigten. In neueren Untersuchungen fanden sich neben auffallend kleinen Formen auch besonders große, zum Teil mit einer langen zilienartigen Geißel. Ferner ist es ihm gelungen, bei der histologischen Untersuchung eines Pemphigusfalles die doppelkernigen Zystoplasmen in Schnitten der Hautefloreszenzen nachzuweisen. Verf. sieht den Wert seiner Befunde in der möglichen Deutung des Pemphigusprozesses als Protozoeninfektion und der dadurch möglichen Bekämpfung des Leidens. M. Cohn-Dresden.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Zur konservativen Furunkelbehandlung mit Pankreas-Dispertsalbe, von J. Marcuse-München. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 3, S. 142.) Das von der Firma Krause-Medico in den Handel gebrachte Pankreas-Dispert in Salbenform wirkt, indem es die Hornschicht durchdringt, ohne dieselbe zu schädigen; Verwendung verdauender Substanzen bei Erkrankungen der Haut (Unna). 20 Beobachtungen; rasches Nachlassen der Spannung und Schmerzhaftigkeit; bei kleinen Furunkeln rasche Totalresorption, bei großen Erweichung und Ausstoßung. M. Cohn-Dresden.

Über konservative Furunkelbehandlung mittels Ichthyol, von A. Kißmeyer-Kopenhagen. (M. m. W., 1927, Nr. 7, S. 282.) Seine Methode (die aber doch auch wohl schon sehr lange allgemein viel geübt wird, d. Ref.) besteht durin, daß Furunkel und Umgebung mit Benzin, Jod, Alkohol desinfiziert werden. Darauf Furunkel selbst und nächste Umgebung mit Ichthyol bepinseln. Dünne Watteschicht darüber, eintrocknen lassen. Reifung; Durchbruch, Abstoßung erfolgt prompt und schmerzlos. H. Colman-Berlin.

Vorläufige Mitteilung über Heilerfolge mit keimfreien Bakterienfiltraten (Antivirus) nach A. Besredka, von E. Epstein, Chir. Abt. Franz-Josefsp. Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 3, S. 80.) Nach vorangegangenen Tierversuchen, die die Ungiftigkeit der Filtrate aus Staphylokokken- und Streptokokkenstämmen bewiesen, wurden die Filtrate zunächst in der veterinären Praxis erprobt. Klinisch gute Erfolge wurden gesehen bei Phlegmonen, Lippenfurunkeln, einer schweren Parotitis und Periostitis, bei der angeblich binnen 5 Minuten eine beträchtliche Abschwellung eintrat; guter Erfolg bei schwerer Angina. — Tiefreichende Eiterungsprozesse werden nicht geheilt, aber anscheinend lokalisiert. M. Cohn-Dresden.

Erysipel, Phlegmone usw.

Le traitement de l'érysipèle et des streptococcies par les injections intraveineuses de térébenthine (Die Behandlung des Erysipels und der Streptokokkenkrankheiten mit intravenösen Terpentineinspritzungen), von Hirtzmann. (Progr. méd.,

Digitized by Google

1927, Nr. 9, S. 314—317.) Die schon nach der ersten Einspritzung einsetzende Besserung des Allgemeinbefindens und der örtlichen Erscheinungen beweist den unzweifelhaften Einfluß der Behandlung; Heilung meist in 3—4 Tagen. Keine unangenehmen Nebenwirkungen. Von dem verwendeten Präparat (collobiase de térébenthine) wurden morgens und abends je 2 ccm eingespritzt. E. Levin-Berlin.

The Treatment of Erysipelas with Blood Transfusion (Die Behandlung des Erysipels mit Bluttransfusion), von A. S. Schaffer und Ph. E. Rothman-Baltimore. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 1, S. 116—121.) Von 101 an Erysipel erkrankten Kindern verschiedener Altersklassen wurden 19 mit intravenöser Transfusion von Zitrat-Blut behandelt, zum Teil wurde die Transfusion mehrmals mit von verschiedenen Spendern stammendem Blute wiederholt. Bei den so behandelten Fällen war die Mortalität wesentlich geringer als bei den Kontrollfällen. E. Levin-Berlin.

Cellulitis of the Scalp Treated by Intravenous Colloidal Silver (Behandlung von Phlegmonen der Kopfschwarte mittels intravenöser Injektion von kolloidalem Silber), von R. S. Weir. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3446, S. 139.) Eine 62jähr. Frau mit einer etwa 3 cm großen Wunde am Hinterkopf und einer bald nachher aufgetretenen phlegmonösen Stelle auf der Stirn sowie toxämischen Erscheinungen und sehr ernstem Allgemeinbefinden erhielt eine intravenöse Injektion von 10 ccm Silberkollosollösung mit der Wirkung einer prompten Besserung, und nach einer zweiten Einspritzung erfolgte definitive Heilung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tropische Krankheiten

Ein Fall von Leishmania cutanea (Ulcus Pende), von Sakrepa. (Kubanscher wissenschaftl. medizinischer Anzeiger [Russisch], 1926, Bd. 5, S. 121.) Eine einschlägige Beobachtung. A. Jordan-Moskau.

Wie sind die Aussichten einer Immunisierung gegen Hautleishmaniose und einer Therapie der Erkrankung mit Leishmaniavakzine? Von M. Jessner-Univ.-Hautkl. Breslau. (Arch. f. Schiffs-Tropenhyg., 1927, Bd. 31, H. 2, S. 72.) Bei an Hunden angestellten Versuchen konnte eine aktive Immunisierung nicht erzielt werden, andererseits aber verzögerte die gleichzeitig mit der Infektion oder nach Angehen der Erkrankung einsetzende Behandlung mit L.-trop.-Vakzine die Entwicklung der Knoten bzw. brachte sie schneller zum Abheilen als bei Kontrollen. Anregung zu gleichartigen Versuchen an Menschen. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Granuloma inguinale: Its Occurence in the United States (Granuloma inguinale: Sein Vorkommen in den Vereinigten Staaten), von H. Fox-New York. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 22, S. 1785.) Am häufigsten ist die Erkrankung in den Südstaaten. Unter 150 in den Vereinigten Staaten beobachteten Fällen, darunter 15 eigenen, waren 90 Männer und 60 Frauen im durchschnittlichen Alter von 30 Jahren. Die Dauer der Erkrankung schwankte zwischen 10 Tagen und 26 Jahren. In 135 Fällen handelte es sich um Neger, die das Hauptkontingent für diese Erkrankung abgeben. Immer war die Genitalgegend der Sitz des Krankheitsherdes, in einigen Fällen fanden sich auch noch an anderen Körperstellen (Gesicht, Mundhöhle, Nacken, Hände) Erscheinungen. Elephantiasis der Genitalien wurde nicht selten beobachtet. Unter den eigenen 15 Fällen ließen sich bei 11 die Donovanschen Körper nachweisen. Therapeutisch hat sich am besten intravenöse Injektion von Tartarus stibiatus bewährt, bisweilen war auch Röntgen von Erfolg. B. Peiser-Berlin.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Xanthoma Diabeticorum: an Unusual Process of Involution (Xanthoma diabeticorum: ungewöhnlicher Rückbildungsprozeß), von E. Goldstein und J. Harris-New York. (Am. J. m. sc., 1927, Bd. 173, Nr. 2, S. 195—201.) Es fanden gleichzeitig drei verschiedene Arten der Rückbildung statt: an den Handflächen völliges Schwinden, an den Ellbogen Einschmelzung mit Hinterlassung stark pigmentierter Flecke, an den Beinen und Schenkeln degenerative Veränderungen mit ausgedehnter Narbenbildung, was bisher noch nicht beschrieben ist. E. Levin-Berlin.

Urtikaria und Cholelithiasis, von H. Schur-Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 3, S. 81.) Zwei Fälle, bei denen ein Zusammentreffen schwerer Urtikariaanfälle mit schwerem Gallensteinleiden beobachtet wurde. Beide Male trat nach Exstirpation der Gallenblase ein völliges Verschwinden der Urtikaria ein. In beiden Fällen bestand eine

Digitized by Google

infizierte Gallenblase. Ob die Infektion als solche oder die Lokalisation des Leidens in der Gallenblase für die Entstehung der Urtikaria in Betracht kommt, oder ob vielleicht beide Umstände notwendige Vorbedingungen für die Urtikaria waren, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden. Verf. neigt zu der Annahme, daß unter dem Einfluß der Infektion sich aus dem Material der Galle jene Substanzen bildeten, die die allergische Umstimmung und die Urtikariaanfälle herbeiführten. Die lange Dauer der Infektion (5—6 Jahre) war ein maßgebender Faktor für die Herbeiführung des allergischen Zustandes.

M. Cohn-Dresden.

Zur Frage der Röntgentherapie bei Sklerodermie, von J. J. Heinismann und L. J. Czerny-Kiew. (D. m. W., 1927, Nr. 9, S. 358.) Röntgentherapie wird für diejenigen Fälle von Sklerodermie empfohlen, bei denen eine endokrine Genese in Form einer Insuffizienz der innersekretorischen Drüsen anzunehmen ist und alle anderen Behandlungsmethoden erfolglos geblieben sind. Mitteilung eines Falles von frühzeitiger Involution des genitalen Apparates und Sklerodermie und eines zweiten Falles von pluriglandulärer Insuffizienz mit diffuser Sklerodermie, die durch Röntgenstrahlen fast vollkommen geheilt bzw. gebessert worden sind. F. Harry-Wiesbaden.

Pigment

Le développement du pigment spécifique de la peau des portions régénérées à la suite de la transplantation hétérotopique chez les Tritons (Die Entwicklung spezifischen Pigmentes in der Haut von regenerierten Körperteilen nach heterotopischen Transplantationen bei Tritonarten), von S. Garzicic. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 29, S. 991.) Im Verlaufe seiner Untersuchungen über Regeneration bei Tritonarten transplantierte der Verf. bei 13 erwachsenen Tieren die 18—20 Tage alten knospenden Regenerate der Extremitäten von Triton cristatus auf die frischen Amputationswunden von Triton taeniatus. Die Transplantate waren etwa 1—1,5 mm lang und zeigten keine sichtbare Differenzierung und hatten kein Pigment. Die Resultate waren: bei den Versuchstieren 3 und 11 entwickelten sich die transplantierten Knospen zu typischen Cristatusfüßen, einschließlich äußerem Aussehen und Pigmentierung. Bei 6 weiteren Tieren, Nr. 5 und 9 bis 13, wuchsen die für Taeniatus typischen Füße nach, aber mit schwarzem, für Cristatus spezifischem Pigment. In den 5 übrigen Fällen trat kein für Cristatus spezifisches Pigment auf, und die Entwicklung der Füße war auch mehr oder weniger atypisch; diese Erscheinung deutet der Verf. mit einer Resorption der Transplantate. Die Anlage der neuen Extremitäten war bereits beendet, und so entwickelten sie sich durch Autodifferenzierung; auch die sie bedeckende Haut entwickelte sich aus dem knospenden Gewebe. Diese letztere Frage ist aber schwer zu entscheiden. Nach Taube und Weiß entwickeln sich die mesodermalen Teile des Transplantates aus dem Blastom selbst, dagegen entsteht die Epidermis von der des neuen Trägers.

E. Meirowsky-Köln.

Pigmentbildung bei Vitiligo, von E. Uhlmann, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1927, Nr. 8, S. 279—280.) Während frühere Versuche, eine Pigmentierung vitiliginöser Hautstellen durch aktinische oder thermische Reize hervorzurufen, mißlungen waren, gelang dies durch Bestrahlung mit Quarzlicht bzw. Höhensonne, wenn die Stellen vorher mit einem Kölnischem Wasser betupft waren, das Bergamottöl enthält. Dieses muß also eine spezifische Wirkung haben, genügt aber allein nicht, sondern nur in spirituöser Lösung. Die Pigmentierung blieb bestehen; worauf sie beruht, läßt sich noch nicht sagen. E. Levin-Berlin.

Dystrophia pigmentosa (Leschkes Syndrom) und Neurofibromatosis (Recklinghausen), von J. Susmann-Galant, Lepjachin-Frauenkl. Moskau. (M. Kl., 1927, Nr. 7, S. 250—251.) Die Scheidung der Dystrophia pigmentosa als besonderes Syndrom von der Recklinghausenschen Krankheit, zu der sie ebenso wie zu den Endokrinopathien Beziehungen hat, ist berechtigt, weil bei der Recklinghausenschen Krankheit die Pigmentstörungen ihre Ursache in derselben ektodermalen Keimanomalie haben, die die neurofibromatösen Neubildungen bedingt, während bei der Dystrophia pigmentosa die Pigmentanomalien gewisse dysglanduläre Störungen zu einem abgegrenzten Syndrom umgestalten. E. Levin-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Untersuchungen über die Beziehungen verschiedener Naevusformen zueinander, von H. W. Siemens, Derm. Univ.-Kl. München. (Kl. W., 1927, Nr. 4, S. 153.) Die Erbbedingtheit der Lentigozahl kommt als Stütze für die „keimplasmatische

Digitized by Google

Naevustheorie" nicht in Frage. Diese Erbbedingtheit könnte nur dann zur Annahme einer idiotypischen Disposition der Naevi berechtigen, wenn zwischen Lentigozahl und Auftreten der Naevi, z. B. Tierfellnaevi, nachweisbare Beziehungen vorhanden wären. Es findet sich aber keinerlei Abhängigkeit voneinander. Es ist daher für die Tierfellnaevi kein Beweis für ihre idiotypische Disposition gelungen. Auch die atypischen Lentigines stehen in keiner Abhängigkeit von der Zahl der Lentigines. Bei 33 Fällen von Gefäßmälern waren andere auf Gefäßerweiterung beruhende Hautveränderungen auch nicht häufiger als üblich. Es läßt sich also von der Ätiologie der einen Naevusform auf die der anderen kein Schluß ziehen. E. Langer-Berlin.

Regressive Störungen und Atrophien

Über Dermatochalasis, von H. Fuhs, Derm. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 46, S. 1331.) Von dem Krankheitsbild der Cutis laxa ist das der Dermatochalasis streng zu trennen. Sie entspricht der Blepharochalasis der Ophthalmologen. Beschreibung eines Falles (von Riehl 1921 in der W. Derm. Ges. vorgestellt), bei dem Gesicht, Hals und obere Brustpartien befallen waren. In der Literatur finden sich ähnliche Krankheitsfälle beschrieben unter den verschiedensten Bezeichnungen. Die Hauptsymptome sind: „starke Ausdehnung und Lockerung der Haut mit Bildung schlaffer Falten und bisweilen mächtiger Wülste, die vielfach durch ihr Eigengewicht, sackartig herabhängend, die tiefergelegenen Körperpartien bedecken und bei Dehnung nicht mehr ihre frühere Lage einzunehmen vermögen." Es finden sich diese Veränderungen außer wie im obigen Falle auch an Bauch, Rücken und Genitale, seltener an den Nates, Lumbalgegend und den Extremitäten, vorwiegend bei jugendlichen Individuen. Histologisch finden sich Veränderungen des kollagenen Gewebes, des Panniculus adiposus und der Elastikafaserung. Pathogenetisch scheinen wie bei der Blepharochalasis trophoneurotische oder vasomotorische Störungen eine Rolle zu spielen. H. Lewinsky-Berlin.

Les sclérodermies (Die Sklerodermien), von T. Laennec und J. Delarue. (Gaz. des hôp., 1927, Nr. 7, S. 109—113; Nr. 9, S. 141—147.) Unterschieden werden: Allgemeine Sklerodermie = Skleremie; progressive Sklerodermie oder Sklerodaktylie; lokalisierte Sklerodermien. Bei der Skleremie wird eine sklero-ödematöse und eine sklero-atrophische Periode unterschieden. Als seltenere Erscheinungen treten hinzu Kalkablagerungen in der Haut, Arthropathien, Augenmuskellähmungen, Hemiatrophia facialis. Die Entwicklung kann eine mehr oder weniger schnelle sein; es kommen auch akute, in wenigen Wochen oder Monaten zum Tode führende Fälle vor. Die progressive Sklerodermie beginnt gewöhnlich als Sklerodaktylie; die Entwicklung ist eine sehr langsame. Die örtlichen Sklerodermien zerfallen in Sclérodermie en plaques = Morphoea und Sclerodermie en bandes. Als besondere Form kommt noch das Sklerem der Neugeborenen hinzu. Die hauptsächlichste anatomische Veränderung ist die fibröse Verdickung der Kutis; die sonst noch auftretenden Veränderungen sind inkonstant. Bezüglich der Pathogenese hat sich noch keine der verschiedenen Theorien (vaskuläre, nervöse, endokrine, sympathische) durchzusetzen vermocht. Auch die Ätiologie ist noch ganz ungeklärt; nur der Einfluß der Syphilis scheint in einem Teil der Fälle unbestreitbar zu sein. Entsprechend der Unklarheit der Ätiologie und Pathogenese entbehrt auch die Therapie der sicheren Grundlage. In wechselnder Weise erwiesen sich unter Umständen erfolgreich: Opotherapie (Thyreoidea, Hypophysis), Antisyphilitika, Galvanisation des Rückenmarks und des Sympathikus, Elektrolyse, Radiotherapie, ultraviolette Strahlen, Ionisation (Jodkali), Sympathektomie. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Kalkablagerungen unter der Haut oder sogenannte „Kalkgicht", von H. Fock-Åbo. (Acta Med. Scand., 1926, Bd. 65, H. 1/2, S. 169.) Beschreibung eines Falles von sogenannter Kalkgicht bei einer Frau. Die ersten Symptome zeigten sich unmittelbar nach einer Zwillingsfrühgeburt. Sie bestanden in schmerzhaften entzündlichen Schwellungen der meisten Gelenke des Körpers, ferner der Haut der Zehen, des Nackens und der Ohrmuscheln. Nach einigen Jahren bildeten sich Verhärtungen unter der Haut der Zehen, in der Nähe der Fingergelenke, über der linken Patella und längs der ulnaren Seite beider Unterarme. Bei Druck und aus den bestehenden Fisteläffnungen entleerten sich breiige, kalkähnliche Massen, deren chemische Untersuchung in der Hauptsache das Vorhandensein von Trikalziumphosphat und Kalziumkarbonat ergab. Die Krankheit befällt scheinbar meist Frauen im mittleren und höheren Alter; ihre Ätiologie ist unbekannt. In diesem Falle kämen der Partus sowie seit Jahrzehnten

Digitized by Google

bestehende achylische Verdauungsbeschwerden als ätiologischer oder auslösender Faktor in Betracht. Innersekretorische Störungen waren nicht nachweisbar. Therapeutische Maßnahmen (Salizyl, Atophan, Jodkali, Horminum fem. usw.) blieben erfolglos.

B. Peiser-Berlin.

Maligne Neubildungen

New Research in the Etiology of Cancer, with Reference to the Work of Gye (Neue Forschungen über die Krebsätiologie mit Berücksichtigung der Arbeit von Gye), von M. J. Sittenfield-New York. (Am. J. of Roentgenol., 1926, Bd. 16, H. 6, S. 525.) Bei Versuchen über die Überimpfbarkeit von filtrierbarem Tumorvirus im Anschluß an die Vorstellungen Gyes wurde festgestellt, daß ein Ultrafiltrat des Mäusesarkoms Nr. 37 des Cancer Research Fund in London in 4% der Fälle (8mal bei 183 Impfungen) anging. Je 2 g des steril entnommenen Tumors wurde 24 Stunden bei 36,5° anaerob mit 5 ccm Hartleys-Bouillon und 1 ccm Kaninchenserum behandelt, danach die Lösung durch einen Berkefeld-Filter „N" filtriert. Impfungen mit der unfiltrierten Lösung gingen in 32% (105 Impfungen) an, wobei die Anwesenheit von Zellen keine Rolle spielte, wie in besonderen Versuchen nachgewiesen wurde. Weniger günstig war der Ausfall der gleichen Experimente mit einem Mäusekarzinom Nr. 63 der gleichen Herkunft. Das Ultrafiltrat ging in keinem Fall an. Das unfiltrierte Serum ergab bei 81 geimpften Mäusen zweimal Tumoren. Für die Vorstellung des Zusammenwirkens von zwei Faktoren beim Zustandekommen der Tumoren im Sinne von Gye ergaben die Versuche keinen Anhaltspunkt.

H. Holthusen-Hamburg.

Untersuchungen über das Zellenbild des spontanen Mäusekrebses, mit Bemerkungen über die Entstehung des Krebses, von J. Koch, Inst. Robert Koch-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1926, Bd. 100, H. 1/3, S. 75.) Im hängenden Tropfenpräparat von hämorrhagischem Mäusekrebs (1 Tropfen der hämorrhagischen Flüssigkeit mit 1 oder 2 Tropfen eines unverdünnten Methylgrün-Pyroningemisches zu vermischen) findet Verf. einzeln oder in Verbänden zusammenliegende Epithelzellen mit großen ovalen oder rundlichen, graublau gefärbten und dunkelroten Kernkörperchen. Zellprotoplasma erscheint rot oder rosa. Außerdem sind sogenannte „blauweiße Zellen" sichtbar. Der blaugefärbte Kern liegt in weißem, hellem Protoplasma. Die Gestalt der blauweißen Zellen ist im Gegensatz zu der der Epithelien veränderlich; sie sind amöboider Bewegung fähig. Außer den blauweißen Zellen kommen beim spontanen Mäusekarzinom noch andere amöboide Zellen vor, die erstere aber an Größe weit überragen. Blauweiße Zellen finden sich auch zwischen und innerhalb von Epithelzellen, ebenso wie dies schon bei den blauweißen Zellen des menschlichen und des experimentellen Mäusekrebses beobachtet wurde. Die verschiedenen Zellarten sind im gefärbten Ausstrich- und im Schnittpräparat in gleicher Weise zu sehen. Verf. nimmt an, daß die Vermehrung und Wucherung der an sich gutartigen Epithelzellen im Mäuseorganismus durch einen Reiz verursacht wird. Daß für die Entstehung des Karzinoms eine bakterielle Ursache in Frage kommt, wird abgelehnt. Vielleicht ist der Reiz, der zur unaufhaltsamen Vermehrung der Epithelzellen Anlaß gibt, ein zellulärer. Gewichtige Tatsachen sprechen nach Kochs Ansicht dafür, daß es sich bei den blauweißen Zellen des spontanen Mäusekarzinoms um eine artfremde, heterologe Zelle handelt, die vielleicht für den Träger der Malignität anzusprechen ist. Beigegebene Mikrophotogramme und farbige Abbildungen veranschaulichen die geschilderten Zellarten.

A. Holländer-Bielefeld.

Zur Frage der Abwehrstoffe bei Krebs, von A. Braunstein, Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 5, S. 214.) Auf Grund experimenteller Untersuchungen ist Verf. zu der Annahme gekommen, daß bei krebskranken Tieren die Möglichkeit von Antikörperbildung deutlich nachgewiesen ist. In engem Zusammenhang damit stehen die Immunitätserscheinungen. Es findet sich neben einer unspezifischen auch eine spezifische Immunität. Die Hauptbildungsstätte der Antikarzinomstoffe ist die Milz.

E. Langer-Berlin.

Le métabolisme hydrocarboné du tissu néoplasique (Der Kohlenwasserstoffumsatz des neoplastischen Gewebes), von A. Blanchetière. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 2, S. 94.) Auf Grund von Versuchen wird gezeigt, daß Bildung von Milchsäure im Überschuß im neoplastischen Gewebe nicht der einzige Prozeß zur Spaltung der Kohlenwasserstoffe ist. Diese Auffassung widerspricht den Ergebnissen Negeleins, nach dem die anaerobe Spaltung des Zuckers im kanzerösen Gewebe nur zur Milchsäure führt. Es ist nicht sicher, ob die von Warburg bestimmten Zellen zugeschriebene

Digitized by Google

Glykolyse wirklich nur von diesen Zellen ausgeführt wird. Bildung von Milchsäure im Muskel bei der Kontraktion scheint gegen diese Annahme zu sprechen.

A. Holländer-Bielefeld.

Zur Frage der Bowenschen Krankheit, von F. Walter-Krakau, Derm. Univ.-Kl. Krakau. (Polska gazeta lekarska, 1927, Nr. 7.) Die ersten drei Fälle von Bowenscher Krankheit in der polnischen Literatur stammen von Bernhardt aus dem Jahre 1926. Walter fügt diesen einen neuen Fall hinzu. 72jähr. Landwirt: Auf der linken Schläfe seit $1^1/_2$ Jahren bestehende kinderhandgroße Fläche von dunkelbraunroter Farbe, mit wallartigen, aus flachen Knötchen, die mit festhaftenden Schuppen bedeckt sind, bestehenden Rändern. Auf der dem Ohr zugewandten Seite flache, 1 cm lange Ulzeration, mit unregelmäßigen, etwas verdickten Rändern, leicht nässend, am Rande mit Granulationen bedeckt. Histologisch zeigte sich das typische Bild des Morbus Bowen mit den charakteristischen Zellveränderungen des Epithels, Schwellung des kollagenen Gewebes usw. Verf. vergleicht die Veränderungen bei der Bowenschen Krankheit mit den experimentell bei dem Mäusekrebs erzeugten, welche zum Teil fast identische Bilder geben. Ein wesentlicher Unterschied liegt jedoch darin, daß die Teerveränderungen nicht unbedingt malign werden müssen, kurzdauernd sind und wieder zurückgehen können, während die Bowensche Krankheit von sehr langer Dauer ist und stets karzinomatöse Entartung eintritt. Verf. nimmt an, daß die lange Dauer des Morbus Bowen auf einer spezifischen Disposition beruht mit weitgehender lokaler Resistenz.

v. Karwowski-Posen.

Über ein eigenartiges Schleimdrüsenkarzinom des Zungengrundes, von P. Kamprath, Path. Inst. Krkhs. München-Schwabing. (Virch. Arch., 1927, Bd. 263, H. 1, S. 1.) Beschreibung eines Karzinoms des Zungengrundes, das bei einer 68jähr. Frau in der Nähe der Papillae vallatae im Laufe eines halben Jahres doppelt bohnengroß wurde. Nach Exstirpation Rezidiv nach 10 Monaten am Zungengrund, aber etwas näher der Medianlinie und dem Epiglottisansatz. Merkwürdig im histologischen Bild ist das Nebeneinander von Drüsen- und Plattenepithelzellen, das bei Zungentumoren noch nicht beschrieben ist. Nach Besprechung der Literatur derartiger Zungengewächse wird die Herkunft des Tumors diskutiert. Die Möglichkeit, daß Epithelreste des Ductus thyreoglossus als Ausgangspunkt für die Geschwulst in Frage kommen, wird abgelehnt, sondern angenommen, daß es sich um eine Mischform von verschleimendem Adenokarzinom und Plattenepithelkarzinom der Zunge im Sinne Herxheimers, ausgehend von den Schleimdrüsen des Zungengrundes, handelt. Ob man die Herkunft der Zellen durch embryonales Stehenbleiben oder durch postembryonale Rückdifferenzierung erklären soll, wird offengelassen.

Löwenstein-Bad Nauheim.

Über die Spontanheilung des Karzinoms, von O. Strauß-Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1927, Bd. 24, H. 3/4, S. 367.) Verf. hat mit Unterstützung des deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit eine Umfrage an den deutschen Kliniken veranstaltet darüber, ob eine Spontanheilung des Karzinoms vorkommt. Wenn es eine Spontanheilung gibt, so kann man vielleicht eine Therapie auf Grundlage einer Stärkung der Abwehrbereitschaft des Organismus aufbauen. Nach kritischer Besprechung von 53 in der Literatur niedergelegten Fällen kommt St. auf Grund der Umfrage zu dem Ergebnis, daß der Organismus gegen das ausgebildete und mit unserer Diagnostik feststellbare Karzinom keinerlei Mittel besitzt, den pathologischen Vorgang im Wege einer Spontanheilung zur Auflösung zu bringen. Auch ein Einfluß von fieberhaften Erkrankungen auf die Spontanheilung, wie er oft angenommen wird, ist nicht erwiesen. St. betont im Gegenteil die absolute Wirkungslosigkeit interkurrenter, infektiöser Leiden auf den Verlauf des Karzinoms und warnt davor, therapeutische Wege einzuschlagen, die lediglich darauf hinauslaufen, eine Anregung des Spontanheilungsprozesses zu versuchen.

Löwenstein-Bad Nauheim.

Zur Frage der örtlichen oder Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen beim Karzinom, von O. Jüngling, Chir. Univ.-Kl. Tübingen. (Bruns' Beitr., 1927, Bd. 139, H. 1, S. 28.) Verf. glaubt nicht an eine Immunwirkung durch Bestrahlung beim menschlichen Karzinom. Wohl liegen für die Maus derartige Beobachtungen vor, wie Nichtangehen von Impftumoren bei vorbestrahlten Tieren, Schwinden von Metastasen bei Rückgang des alleinbestrahlten Primärtumors, die eine Allgemeinwirkung erkennen lassen; doch existieren für die menschliche Pathologie nur ganz wenige und noch dazu unsichere Beobachtungen. Verf. erinnert an die Tatsache, daß bei Bestrahlung eines zur Hälfte abgedeckten Kankroids Rückgang nur im bestrahlten Teil erfolgt. An der streng lokal begrenzten Röntgenwirkung ist festzuhalten. Die örtliche Konzentration verhältnis-

Digitized by Google

mäßig hoher Dosen unter Schonung der übrigen Teile hat das Ziel der Strahlentherapie zu bleiben. W. Curth-Berlin.

Kapitel aus der Röntgentherapie, speziell Karzinombehandlung, von R. Hartmann-Dresden. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1927, Nr. 4, S. 117.) Zusammenfassende Arbeit.

Operation oder Strahlenbehandlung des Krebses, von Grunert-Dresden. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1927, Nr. 4, S. 109.) Zusammenfassende Arbeit.

Trauma and Sarcoma (Trauma und Sarkom), von H. B. L. Levy. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3445, S. 98.) Zur Kasuistik dieses Themas berichtet L. über eine 40jähr. Schneiderin, bei welcher er am Oberschenkel zunächst einen als Lipom gedeuteten Tumor und 3 Wochen später an derselben Stelle ein durch mikroskopische Untersuchung als Myxofibrom mit ausgesprochener sarkomatöser Entartung nachgewiesenes Gewächs exzidierte. Die sarkomatöse Entartung wird vom Verf. auf die Einwirkung eines 7 Monate vor der Operation erlittenen Traumas auf die ursprünglich gut geartete Geschwulst zurückgeführt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mund und Nase

Die Fleckung der Wangenschleimhaut des Tabakkauers, von K. Pichler-Klagenfurt. (W. m. W., 1927, Nr. 6, S. 191.) Die Fleckung der Wangenschleimhaut findet sich bei den Tabakkauern an ganz bestimmten Stellen, während Nachbarregionen, die auch mit dem Tabak in Berührung kommen, keine Pigmentbildung zeigen. Auf Grund der Schumacherschen Untersuchungen nimmt Verf. an, daß diese Flecken sich nur in der sogenannten „Saumgegend" der Backe finden, d. h. der Verschmelzungslinie der Wangen aus der Verwachsung der Lippenanlagen des Ober- und Unterkieferfortsatzes. E. Langer-Berlin.

Les affinités tissulaires du virus aphteux (Die Gewebsaffinitäten des aphtösen Virus), von C. Levaditi, S. Nicolau und I. A. Galloway. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 34, S. 1230.) Technik: Aphtenvirus und phys. NaCl-Lösung āā 1,0 werden einem Meerschweinchen i. v. injiziert. Tötung 24 Stunden bis 5 Tage post inj. Blut und verschiedene Organextrakte der Getöteten werden anderen Meerschweinchen intrakutan injiziert. Eine Tabelle zeigt die Resultate, die folgende sind: Im Moment der Tötung findet sich das Virus besonders im Ektoderm der Zunge und der Pfoten, die beide eine große Affinität zu ihm besitzen. Von den ektoendodermischen Organen findet man das meiste Virus im Gehirn. Die Infektiosität des Blutes ist bis zum 3. Tag stark +. Unter den mesodermalen Organen zeichnet sich die Milz vom 1.—3. Tag durch starke Affinität aus. Dagegen hat die Niere gar keine. Hoden und Ovarium sind besonders dem neurovakzinalen Virus gegenüber sehr empfindlich. Mit dem Ende der Invasionsperiode (etwa 4. Tag) verschwindet das Virus aus Blut und Organen und bleibt nur im Ektoderm. Zusammenfassend teilt sich das Virus während der Invasionsperiode (1.—3. Tag) zwischen Meso- und Ektoderm, um am 4. Tag ganz ins Ektoderm (Ektodermosis aphtosa) überzugehen. H. Colman-Berlin.

Über die Behandlung der Plaut-Vincentschen Angina und anderer Spirillosen der Mundhöhle mit Spirozid, von F. Hutter. (W. kl. W., 1927, Nr. 6, S. 192.) In 8 Fällen von Plaut-Vincentscher Angina bei denen jedesmal Spirochäten nachgewiesen wurden, wurde durch Anwendung von Spirozid rasche Heilung erzielt. M. Cohn-Dresden.

Die epidemiologische und klinische Bedeutung der Komplementbindungsreaktion bei Rhinosklerom, II. Mitt. von E. Elbert, B. Feldmann und W. Gerkes-Minsk. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 101, H. 4/6, S. 384.) Unter der Bevölkerung Weißrußlands ist das Rhinosklerom weit verbreitet. Bei der Aufdeckung endemischer Rhinoskleromherde leistet die serologische Methode hervorragende Dienste. Die Komplementbindungsreaktion ermöglicht die Diagnose nicht nur in klinisch ausgeprägten, sondern auch bei initialen und latenten Formen. Sie fällt nie unspezifisch aus. F. Harry-Wiesbaden.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 22 (Bd. 84) 28. Mai 1927

Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Innsbruck
(Vorstand: Prof. Dr. Wilh. Kerl)

Über einen Fall von atypischer Psoriasis

Von

Dr. Hans Gollner, Hilfsarzt

Im Gegensatz zur reichlichen Verbreitung der Psoriasis sind Atypien auch auf größeren Stationen nicht häufig und bereiten daher in diagnostischer Beziehung oft große Schwierigkeiten. Volk hat die Atypien in drei Gruppen zu gliedern versucht; er unterscheidet: Gruppe I, die durch atypische Lokalisation gekennzeichnet ist. Diese dürfte in der Erkennung keine besonderen Schwierigkeiten bieten, zumal es bei genauer Untersuchung möglich sein wird, die einzelnen Effloreszenzen als solche zu erkennen. Gruppe II, ausgezeichnet durch Atypie der Effloreszenzen. Sie scheint sehr selten zu sein, da Volk nur eine Vertreterin derselben anführt, nämlich die kleinzirzinäre Psoriasis, die Jadassohn beschrieben hat. Gruppe III umfaßt die exsudativen Formen, bei denen die primären Effloreszenzen so weit vom Typus abweichen, daß die Erkrankung gewöhnlich erst in ihrem Verlauf oder Ausgang erkannt wird. In ähnlicher Weise unterscheidet auch Gans neben der typischen Psoriasis vulgaris atypische Formen und zählt zu diesen die Abweichungen in bezug auf die Lokalisation der strukturell das gewöhnliche Bild der Psoriasis zeigenden Effloreszenzen. Als weitere Atypien faßt er die einem seborrhoischen Ekzem gleichenden Fälle, sowie die Psoriasis verrucosa und rupioides Andersen auf und führt unter dieser Gruppe auch die Psoriasis pustulosa sowie bullosa an; letztere zerfällt wieder in eine gutartige und bösartige Form. Ein dieser Gruppe zugehöriger Fall kam an unserer Klinik zur Beobachtung.

F. S., 70 Jahre alt, Glasmaler, bis jetzt immer gesund. Vor 2 Monaten erkrankte er an einer Dermatose und nach der Schilderung des ihn damals behandelnden Facharztes bestand an den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten ein ausgebreitetes Ekzem. Die Haut war leicht infiltriert, allenthalben fanden sich kleine Knötchen und Bläschen, stellenweise schuppte die Haut leicht. Pat. war vom stärksten Juckreiz geplagt, der in der letzten Woche ihm die Nachtruhe störte. Er erhielt Salben und Schüttelmixturen verordnet. Außerdem wurde ihm 10 ccm einer 10%igen wäßrigen Natriumbromatlösung und mehrmals Afenil-Knoll injiziert. Der Zustand besserte sich, der Juckreiz hörte auf, Schuppung und Rötung gingen zurück. Nur eine geringe Infiltration verblieb auch weiterhin. Nach dem Verschwinden der quälenden Symptome entzog sich der Mann der ärztlichen Beobachtung und war nach seiner eigenen Angabe durch einen Monat vollständig beschwerdefrei. Am 29. X. 1926 kam er an unsere Klinik.

Digitized by Google

Aufnahmebefund: An den Streckseiten der oberen Extremitäten, vorzüglich an den Vorderarmen und Ellenbogen, war die Haut gerötet und von zahlreichen kleinen Bläschen bedeckt. Streckenweise finden sich eingetrocknete Borken. Am Oberarm sind die Veränderungen wenig ausgeprägt. Dasselbe Bild boten die unteren Extremitäten, nur war die Exsudation, Borkenbildung an den Unterschenkeln weitaus am stärksten. Fußwärts grenzt die Dermatose sich mit einem zirkulären Borkensaum, der einen Querfinger über den Malleolen sitzt, scharf ab. Die Haut des Fußes weißt keine Veränderungen auf. Stamm, Gesicht, Kapillitium waren frei.

Dekursus und Therapie: Zunächst gaben wir Antiphlogistika, Borwasserumschläge, Afenil. Die Rötung ging darauf zurück, auch die Bläschenbildung verschwand zeitweise. Wir versuchten dann die verschiedenen Medikamente der Ekzemskala, Zink, Schüttelmixturen, Ung. diachil. und andere Salben. Statt Besserung kam es immer wieder zu neuer Reizung und Bläschenbildung. Durch salzfreie Diät wollten wir den Zustand beeinflussen, schließlich griffen wir zu dem Lassarschen Zinköl. Auch hier keine anhaltende Besserung. Hierauf ließen wir einen Blutbefund machen, doch dieser ergab außer einer geringgradigen Vermehrung der Eosinophilen und der Monozyten keine Anhaltspunkte für eine Bluterkrankung. Später vorgenommene Blutuntersuchungen zeigten kein anderes Bild. In der letzten Woche des November trat aber starke Schuppenbildung auf, die weit stärker war, als wir sie sonst bei einer abheilenden Dermatitis zu sehen gewohnt sind. Die Schuppung war an den Unterschenkeln besonders stark und bildete hier ziemlich große Lamellen. An den oberen Extremitäten war die Schuppenbildung ebenfalls reichlich und die Schuppen zeigten gelbweißliche Farbe. Mit Rücksicht auf diese Veränderungen versuchten wir ein Antipsoriatikum, nämlich ein 3%iges Pyrogallusvaselin, und sofort zeigte sich erhebliche Besserung. In der letzten Woche des November hatte Patient durch 5 Tage hindurch Fieber von ganz unregelmäßigem Charakter. Die höchste Temperatur stieg auf 38,4°, sonst war Patient immer afebril. Eine innere Ursache für diesen Temperaturanstieg war nicht auffindbar. Durch den Erfolg dieser Pyrogallusmedikation bestärkt, verordneten wir auch an den übrigen vorher erwähnten Körperstellen und am Stamm, wo sich seit 2 Wochen eine Rötung und daran anschließend eine Schuppenbildung entwickelt hatte, dasselbe Mittel. Auch hier bald Besserung und Heilung. Am 14. I. 1927 verließ Patient das Spital. Stamm, Oberextremitäten waren vollständig geheilt, die Haut der Unterschenkel aber war leicht infiltriert.

Am 19. I. 1927 Wiederaufnahme.

Aufnahmebefund: Haut der Unterschenkel stark gerötet, nässend, teilweise Krustenbildung, dasselbe Bild an den Vorderarmen. Die Ohrmuschel ist an beiden Seiten von zahlreichen Krusten bedeckt. Nach Ablösen derselben kommt die nässende Epidermis hervor. Nach 2 Tagen antiphlogistischer Therapie 1%ige Pyrogallusvaseline und in 10 Tagen war Patient vollständig geheilt. In der Zeit des zweiten Aufenthaltes fieberte Patient nie. Während der ganzen Erkrankung war das Allgemeinbefinden gut. Nur zur Zeit der Blaseneruption klagte der Patient über Juckreiz und Spannungsgefühl.

Wir halten das ganze Krankheitsbild trotz seiner ganz atypischen Effloreszenzen für eine Psoriasis exsudativa. Eine Stütze dafür ist nach unserer Meinung die prompte Wirkung der Pyrogallusmedikation. Vor allem war die Diagnose dadurch erschwert, daß anamnestisch trotz des hohen Alters der Mann nie früher an einer Psoriasiseruption litt. Daß eine bestehende Psoriasis vulgaris plötzlich ihren Charakter ändert und zu einem schweren, das Allgemeinbefinden schädigenden, hochfieberhaft verlaufenden Leiden wird, ist durch die Arbeiten von v. Zumbusch und Volk bekannt geworden. Volk hat drei solche Fälle mitgeteilt, Zumbusch deren zwei. Es traten Pusteln auf, in deren nächster Umgebung immer neue aufschossen, während die älteren eintrockneten und unter lamellöser Schuppung zur Heilung kamen. Die Affektion breitete sich in kurzer Zeit über den ganzen Körper aus und verlief in einem Falle bei einer 41jährigen Frau tödlich. Es bestand immer hohes Fieber, mäßige Drüsenschwellung und schwere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Im Blute wie in den Pusteln

Digitized by Google

wurden keine pathogenen Mikroorganismen nachgewiesen. Bemerkenswert ist, daß die Patientin, welche starb, früher schon an einer Psoriasis vulgaris litt, während in den zwei anderen Fällen Volks, die genesen sind, vorher über eine Psoriasis nichts berichtet wird. Zumbusch berichtet von zwei Geschwistern, die früher schon Psoriatiker waren, ein solches Zustandsbild, das febril unter Prostration verlief, schließlich aber doch unter einer typischen Psoriasisabschuppung zur Heilung kam. Kissmeyer hat in einer sehr ausführlichen Arbeit einen Fall beschrieben, der dem unseren sehr ähnlich ist. Ein 13jähriges Mädchen, das früher schon an einer Psoriasis litt, erkrankte plötzlich an einer Blaseneruption, die in kurzer Zeit die ganze Körperoberfläche ergriffen hatte, an den Handtellern und Fußsohlen kam es sogar zur Bildung von purulenten Blasen. Das Leiden verlief afebril und ohne Schädigung des Allgemeinzustandes. Nur auf der Höhe der Erkrankung hatte die Patientin mäßigen Juckreiz. Mit einer Teerpyrogallussalbe wurde die Affektion geheilt und es verblieben nachher einzelne pigmentierte Hautbezirke. Die histologische Untersuchung einer Effloreszenz ergab das typische Bild einer Psoriasis, der Pustelinhalt war steril, das Blutbild ohne Besonderheit.

Gemeinsam ist unserem und dem Fall Kissmeyer die Blasenbildung, der afebrile Verlauf, die geringen subjektiven Beschwerden, die fast universelle Ausbreitung und das gute Allgemeinbefinden. Nur kam es in unserem Falle nie zur Trübung des Blaseninhaltes (zur Suppuration) und auch die Vola manus und die Planta pedis waren immer frei. Darin scheint ein wesentlicher Unterschied zu liegen. Die Ansicht der meisten Autoren geht dahin, daß die makroskopische Pustulation eine Steigerung der Entzündung sei, die schon bei den gewöhnlichen Formen zur Bildung von kleinsten intraepithelialen Leukozytenanhäufungen (Mikroabszessen) führe und vor allem den schweren fieberhaften Ablauf der Dermatose bedinge. Trotzdem scheint es, daß die lokalen Veränderungen nicht allein die Schwere der Erkrankung hervorrufen, sondern vielmehr der Grad der Generalisation und die Art der Propagation eine bedeutsame Rolle spielen. Dies geht aus dem Fall Nencionis hervor, bei dem es nur zur Bildung seröser Blasen kam, die aber innerhalb kurzer Zeit sich über die ganze Körperoberfläche ausgebreitet hatten. Dennoch bestand hohes Fieber (38,8—39°), starker Juckreiz und Gelenkschmerzen, also ein schweres Krankheitsbild, und erst nach 14 Tagen kehrte die Temperatur zur Norm zurück, die Eruption erlosch und es kam unter Bildung einer typischen Psoriasis zur Genesung. Die bullöse Form ist aber doch eine weit milder verlaufende Varietät als die pustulöse, denn es findet sich in der ganzen Literatur kein Fall, der letal endete wie bei der pustulösen (Fälle Volk, Kren, Jadassohn). Die bullöse Form tritt auch, worauf französische Autoren besonders hingewiesen haben, häufig regionär beschränkt auf und verläuft gutartig. Hallopeau und Salmon sahen einen Psoriatiker, der zudem noch an einer Arthritis litt, bei dem es nur zur Entwicklung pemphigusartiger Blasen an den Handtellern und Fußsohlen kam. Kein Fieber und keine subjektiven Störungen. Einen weiteren Fall, der eine Mittelstellung zwischen den generellen malignen Formen und gutartig lokalisierten einnimmt, stellten Hallopeau und Michaux in der französischen dermatologischen

Digitized by Google

Gesellschaft vor. Eine 90jährige Frau, die früher nie an Psoriasis litt, bekam plötzlich einen papulopustulösen Ausschlag, der universell wurde und ohne jede Störung des Allgemeinbefindens einherging. Ein Jahr später bekam Patientin eine typische Psoriasis am Thorax und es war dadurch die früher zweifelhafte Diagnose einer exsudativen Psoriasis sehr wahrscheinlich gemacht. Keinem der Untersucher gelang es bis jetzt, in den Blasen oder Pusteln Mikroben nachzuweisen, und es ist daher sehr unwahrscheinlich, daß durch eine sekundäre Infektion das primäre Krankheitsbild in seiner Morphe und in seinem Verlauf so schwer verändert wird. Auch in keiner anderen Beziehung (Stoffwechselerkrankung) weisen die Patienten ein gemeinsames Moment auf, das eine solch schwere Reaktion des menschlichen Körpers erklären könnte.

Vom klinischen Gesichtspunkt aus wären also die atypischen Psoriasisvarietäten in generalisierte und in lokalisierte einzuteilen. Erste Gruppe zerfällt in die pustulösen malignen Formen und in die leichten bullösen. Zweite Gruppe ist ausgezeichnet durch die streng regionäre Lokalisation und verläuft gutartig (Fälle der französischen Autoren). Unser Fall gehört zweifellos zur Gruppe I, zu den bullösen Formen, er ist charakterisiert durch universelle Generalisation, durch den afebrilen Verlauf, durch das Fehlen schwerer subjektiver Störungen und durch den guten Allgemeinzustand. Er steht somit dem Falle Kissmeyers sehr nahe. Die Frage, worin die Ursache der so mannigfaltigen Erscheinungsformen der Psoriasis gelegen sein mag, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten. Es wäre ein Erklärungsversuch in zwei Richtungen möglich.

Es könnte der mehr oder minder schwere Verlauf des Leidens und die morphologischen Verschiedenheiten der Psoriasiseffloreszenzen in der Virulenz eines unbekannten Erregers zu suchen sein. Kyrle hat in jungen Psoriaisknötchen den Guarnierischen Körperchen der Variola analoge Einschlußkörperchen nachgewiesen. Er fand in den geblähten Zellkernen der jungen Effloreszenzen im Proruptionsstadium, das nur 5—6 Tage dauert, stark azidophile Körperchen (Nukleoli), die vereinzelt auch in den Zelleib ausgetreten waren. Nach dem Aufhören der Proruption gelang es ihm nie mehr, diese Gebilde nachzuweisen. Kyrle betrachtet auf Grund dieser hochinteressanten biologischen Befunde die Psoriasis als Epitheliose und erklärt sie als eine „Schwesterkrankheit" der Variola. Für das Bestehen dieser Beziehung könnte die Eigentümlichkeit des klinischen Verlaufs der Psoriasis pustulosa seu maligna angeführt werden und es wäre nicht unmöglich, daß eine allgemeine schwere Aussaat des supponierten Erregers die Ursache für die schwere, hochfieberhafte Entwicklung des Leidens ist. Eine weitere Erklärung für den Verlauf dieser atypischen Formen wäre in einer besonderen Reaktionsart des Körpers, also in einer anzunehmenden Disposition zu suchen. Buschke und Sklarz haben in ihren Arbeiten eine Reihe von verschiedenen Reaktionsformen aufgestellt. Sie unterscheiden eine keratoide, pemphigoide, lichenoide und noch andere Dispositionen. Für diese atypischen Fälle müßten aber mindestens zwei verschiedene Dispositionen in einem Individuum angenommen werden, und dieser Erklärungsversuch befriedigt wohl wenig.

Digitized by Google

Literatur

Buschke und Sklarz, Derm. W., 1923, Bd. 76, S. 510. — Gans, Histologie der Hautkrankheiten. — Hallopeau u. Michaux, Ann. de Derm. et de Syph., 1898, S. 350, 426 u. 464, 1899, S. 642. — Hallopeau und Salmon, ibid., 1908, S. 243. — Jadassohn, M. Kl., 1915, S. 1067. — Jadassohn, B. Kl., Bd. 113. — Kissmeyer, Derm. Zschr., 1917, S. 397. — Kren, W. kl. W., 1911, S. 1143. — Kyrle, 1. W. kl. W., 1918, Nr. 29; 2. Histobiologie der menschlichen Haut, Bd. 1, S. 168. — Nencioni, Giorn. ital. delle mal. vener., 1909, Bd. 50, S. 816. — Volk, W. kl. W., 1911, Nr. 34. — v. Zumbusch, Arch. f. Derm., Bd. 99.

Aus der dermatologischen Abteilung (Leiter: Dr. A. Dostrowsky) des Rothschild-Hospitals der „Hadassah Medical Organisation" in Jerusalem

Zur Thalliumbehandlung der Haarpilzerkrankungen der Kinder

Von

Dr. Arieh Dostrowsky

Seit dem Jahre 1920 leite ich die Bekämpfung der Haarpilzerkrankungen der Kinder in Jerusalem. Es gab damals in Palästina etwa 2500 befallene Kinder, meist Schulkinder. Die Therapie war bis zum Jahre 1925 eine konservative, bestand in systematischer Salbenbehandlung und hygienischen Maßnahmen in den Schulen. Auf diese Weise ist die Zahl der Mykosen auf etwa 1500 zurückgegangen. Im gleichen Jahre wurde hier auf Initiative unseres leider früh verstorbenen Röntgenologen Doz. Dr. J. Freud ein modernes Röntgeninstitut von der „Hadassah Medical Organisation" errichtet, so daß die radikale Strahlenbehandlung aufgenommen werden konnte. Etwa 1100 Kinder wurden röntgenologisch behandelt. Aus mancherlei Gründen sah ich mich aber veranlaßt, diese Methode, wo es nur anging, nicht anzuwenden. Als Regel galt für mich, Kinder bis zu 3 Jahren, ferner Kinder jeden Alters mit Einzelherden konservativ zu behandeln. Ich habe daher sehr gerne die als ungefährlich empfohlene Thallium-Epilation aufgenommen und bis jetzt bei 22 Kindern (20 Trichophytie- und 2 Favus Fälle) durchgeführt.

Trotz der kleinen Ziffer gestatte ich mir, meine diesbezüglichen Resultate mitzuteilen, in der Hoffnung, einen Beitrag zum Ausbau dieser geistreichen Methode zu liefern.

Nachdem ich von Herrn Prof. Buschke liebenswürdigerweise eine Probesendung von Thallium (Kahlbaum) erhalten hatte, konnte ich Oktober 1926 mit der Behandlung beginnen. Die Tabletten dieser ersten Sendung, mit der die genannten Fälle behandelt worden sind, waren im Wasser ziemlich schwer löslich, während mir eine neuerliche Sendung (Dezember 1926) gut lösliche Tabletten brachte.

In Dosierung und Verabreichung des Mittels habe ich mich an die Anweisungen von Herrn Oberarzt Langer gehalten, die er so freundlich war, mir brieflich mitzuteilen. Die Kinder bekamen 8 mg Thalliumazetat pro Kilo Körpergewicht in warmem (gekochtem) Wasser, dem ich jedesmal ein wenig Syr. cort. Aurant. zugesetzt habe, um das Mittel bei den Kindern

Digitized by Google

beliebt zu machen. Das Wasser war frei von Jod und enthielt normale Mengen von Chloriden. Alle Kinder wurden vorher vom Pädiater Dr. Grünfelder untersucht. Während die große Mehrzahl der Patienten keine Besonderheiten aufwiesen, hatte ein Kind eine okkulte Spina bifida, ein weiteres Kind ein Vitium cordis, ein drittes Tuberkulose der Peribronchialdrüsen; die beiden letzteren vertrugen das Thallium anstandslos. Die behandelten Kinder standen im Alter von $2^1/_2$ bis 12 Jahren, bei vieren handelte es sich um Rezidive nach Röntgenepilation. Durchschnittlich am 7. Tage nach der Thalliumgabe zeigte sich seine Wirkung in der Weise, daß sich die Haare auf einen leichten Zug mit der Pinzette schmerzlos epilieren ließen, erst auf der Höhe der Wirkung — durchschnittlich nach 19 Tagen — sahen wir einen spontanen Haarausfall, mit dem 25. Tage (im Mittel) war die schmerzlose Epilation zu Ende. Die Gesamtdauer der Epilation, die sich somit durchschnittlich über 18 Tage erstreckt, ist im Vergleich mit der durch Röntgen bewirkten als eine verschleppte zu bezeichnen. Dies kann auch durch den frühzeitigen Beginn der Thalliumwirkung nicht kompensiert werden, zumal wenn wir der Konstanz der Röntgenwirkung die individuellen Schwankungen beim Thallium gegenüberstellen. So schwankte bei meinen Fällen der Höhepunkt der Epilation zwischen 14 und 26 Tagen, und das Ende der Epilation war einmal in 20, ein anderes Mal mit 31 Tagen erreicht. In einem Fall war sogar der Epilationsprozeß noch nicht zu Ende, als sich an anderen Stellen schon neuer Haarwuchs einstellte.

Besonders unangenehm habe ich es empfunden, daß manchmal ganze Haarbüschel stehen blieben. Ein solches Verhalten erhöht natürlich die Gefahr eines Rezidivs, besonders beim Favus. Von den genannten 22 Fällen haben wir nur 13 mal eine schöne totale Epilation erzielt. Selbst unter diesen günstigen Fällen gab es einige, bei denen die Haare sich leicht ausziehen ließen, ohne merkwürdigerweise spontan auszufallen. Ein Nachhelfen mit Heftpflaster war meist vonnöten.

Es scheint also durch das Thallium der Follikelapparat in seiner Funktion nicht so gehemmt zu sein, wie dies bei einer guten Röntgenepilation der Fall ist.

Ein weiteres Zeichen dafür ist wohl auch die rasche Restitution des Haarfollikels: Beginn des Haarwachstums durchschnittlich schon 8 Tage nach beendetem Ausfall — für die Ausführung einer erfolgreichen antiparasitären Behandlung ein zu kurzes Intervall. Die Tatsache, daß sich die Epilationszeit in die Länge zieht und schließlich die Haare, wenn auch in geringer Anzahl, verbleiben, und schließlich Haarneubildung sich sehr rasch einstellt, könnte für eine ungenügende „Sättigung" mit Thallium sprechen. Die schlechte Löslichkeit der Tabletten ist dafür wohl nicht anzuschuldigen, wenn man berücksichtigt, daß die obenerwähnten Erscheinungen von anderen Autoren, die mit denselben Tabletten gearbeitet haben, nicht beobachtet (oder zumindest nicht erwähnt) worden sind.

Auf der Suche nach Gründen, die hierfür etwa an meinem Beobachtungsmaterial liegen möchten, kam ich auf den Gedanken, ob es denn auch richtig sei, das Thallium in absoluter Weise nach Körpergewicht und nicht etwa nach dem Alter der Kinder zu dosieren. Dafür würden schon die Differenzen sprechen, die von der Wirkung des Mittels bei Erwachsenen

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES NOT TO BE REMOVED

und Kindern bekannt sind. Nun zeigten die von mir behandelten 22 Kinder im Gewichte große Abweichungen (Defizit bis $5^1/_2$ kg) von den Zahlen, wie sie bei deutschen Kindern für die gleichen Alter festgestellt worden sind (Zahlen, die mir Dr. Grünfelder freundlichst zur Verfügung gestellt hat). Die größeren Defizite stellten sich nur bei Kindern von über 4 Jahren heraus, und bemerkenswerterweise war die Epilation bei Kindern unterhalb dieses Alters total — mit Ausnahme eines Kindes mit unvollständiger Epilation, das ein Gewichtsdefizit von $1^1/_2$ kg aufwies. Sollte uns das nicht dazu auffordern, bei sonst gesunden Kindern die Dosierung nach dem Alter einzurichten oder zumindest bei der Berechnung der Dosis das Alter zu berücksichtigen?

Zur Vorsicht mahnen aber gewisse Nebenerscheinungen, die mir bei 4 Kindern untergekommen sind. Bei allen trat eine follikuläre Dermatitis der Kopfhaut auf, die übrigens ohne Folgen rasch vorüberging, bei dreien zeigten sich 14—21 Tage nach der Thalliumgabe Erscheinungen allgemeiner Natur: Klagen über leichte Ermüdbarkeit, Beinschmerzen, erschwertes Gehen mit Feststellung von ischiasartigen Erscheinungen seitens des Neurologen (Dr. Rosenthal). Während diese Symptome bei zweien der Kinder nach 10 Tagen geschwunden waren, dauerten sie beim dritten etwa 6 Wochen. Diese drei sonst gesunden Kinder hatten Gewichtsdefizite von 3, 4 und $5^1/_2$ kg, wobei die schwersten Erscheinungen das Kind mit dem größten Defizit (Knabe, 8 Jahre alt, übrigens mit Spina bifida occulta behaftet) betrafen. Höhere Dosierung wäre bei diesen Fällen sicherlich unangebracht gewesen, im Gegenteil müßte man daran denken, Kindern mit abnorm niedrigem Gewicht trotz scheinbarer Gesundheit als minderwertig von der Thalliumbehandlung auszuschließen.

Die Annahme einer evtl. Retention von Thallium im Körper ist nicht wahrscheinlich, da bei den letzterwähnten Kindern das Thallium im Urin nur bis zum 25., 26. und 27. Tage nachweisbar war, während bei anderen Kindern, die das Präparat anstandslos vertragen, das Thallium bis zum 44. Tage nachgewiesen werden konnte.

Die Methode, der sich unser Laboratoriumschemiker Dr. Bernfeld zum Nachweise des Thalliums im Urin bediente, ist etwas mühselig und stellt ziemliche Anforderungen an die Geduld des Untersuchers. Zu einem Tropfen gut zentrifugierten und filtrierten Urins wird ein Kriställchen Jodkali zugesetzt und unter dem Mikroskop die sich bildenden charakteristischen gelb bis gelbbraunen Thalliumjodkristalle gesucht. Eine bequemere Methode wäre für die Klärung der Frage der Retention von Nutzen. In Blut und Haaren konnten wir kein Thallium nachweisen.

Von sonstigen Störungen, die bei der Thalliummedikation auftraten, wäre in einem Falle eine Woche lang anhaltende Albuminurie, in einem weiteren ein eine Woche lang anhaltender Urindrang — beides bei Kindern mit normalen Gewichten — zu erwähnen.

Wenn wir nun die Methode nicht nach der guten oder schlechten Epilation beurteilen, sondern auf ihre praktische Brauchbarkeit bei der Behandlung des mykotischen Prozesses prüfen wollen, so läßt sich folgendes bemerken.

Bei der Röntgenepilation bleiben die Kinder gewöhnlich 9 Wochen hindurch in meiner Behandlung und stellen sich noch im Laufe von 3 Monaten alle 4 Wochen einmal zur Kontrolle vor. Während der 9 Wochen werden von einer geschulten Schwester die abgebrochenen Haare, die nach

Digitized by Google

Röntgen oft nicht ausfallen, sondern in der Haut stecken bleiben, systematisch epiliert. Durch diese Maßnahmen ist es mir gelungen, die Zahl der Rezidive auf etwa 4% zu halten, wobei in diese Zahl auch Favuskranke und Kinder, die unregelmäßig zur Behandlung erschienen waren, eingerechnet werden.

Nun war ich aber bei den 22 mit Thallium behandelten Fällen, bei denen es mir hauptsächlich darum zu tun war, den Epilationsprozeß zu beobachten, bei weitem nicht so rigoros und auf die oben bei der Röntgenbehandlung erwähnten Maßnahmen nicht bedacht. Ich verhielt mich vielmehr exspektativ, ließ oft die kranken Herde lange ohne jegliche Therapie, und so kam es, daß unsere 22 Fälle 6 Rezidive, also einen großen Prozentsatz, aufweisen. Es ist aber anzunehmen, daß die Methode bei gleicher rigoroser und systematischer Handhabung mindestens dieselben Resultate wie die Röntgenbehandlung zeitigen wird. Weitere 34 Fälle, deren Behandlung allerdings noch nicht abgeschlossen ist, bestärken mich in diesem Eindruck.

Eine vorsichtige Zusammenfassung würde ergeben:

1. Im Thallium haben wir ein neues gutes Hilfsmittel bei der Behandlung der Haarpilzerkrankungen der Kinder.

2. Die Kontraindikationen der Methode müßten noch präzisiert werden. Es hat den Anschein, daß außer Nierenstörungen noch ein starkes Zurückbleiben im Gewichte hinter der dem Alter entsprechenden Norm die Thalliumanwendung nicht gestattet.

3. In der Dosierung ist die von Buschke-Langer angegebene Menge von 8 mg pro Kilo Körpergewicht beizubehalten, jedoch bei geringem Gewichtsdefizit (bis 2 Kilo) wohl eine Korrektion nach der dem Alter entsprechenden Norm angezeigt.

Bemerkungen zu obiger Arbeit

Von

A. Buschke und Erich Langer

Im Gegensatz zu allen bisherigen Beobachtern berichtet der Verf., der uns seine Arbeit liebenswürdigerweise vor der Drucklegung einsandte, über eine Reihe von Mißerfolgen neben anderen, ebenso wie bei uns, guten Epilationen. Es erscheint uns daher im Interesse des weiteren Ausbaues der überall als zuverlässig anerkannten Methodik wünschenswert, auf einige Punkte einzugehen.

1. Verf. hat wohl bei den meisten Fällen mit den zuerst mangelhaft hergestellten, schlecht löslichen Tabletten gearbeitet. Auch wir selbst hatten, wie wir an anderer Stelle (Med. Welt, Nr. 7) betont haben, mit diesen ersten Tabletten die gleichen ungenügenden Resultate wie Dostrowsky (mangelhafte Epilation, Stehenbleiben von Haarbüscheln, zu schnelles Nachwachsen). Mit den jetzt als Thallium-Depilatorium gelieferten Tabletten, die gut in kaltem Zuckerwasser löslich sind, geht die Epilation ganz exakt vor sich. Wichtig ist, worauf wir auch schon mehrfach hingewiesen haben, daß die Kinder das Thallium nüchtern erhalten.

2. Verf. glaubt für die ungenügenden Resultate die Altersdifferenzen eventuell verantwortlich machen zu müssen. Es ist natürlich bemerkenswert, welch große Unterschiede zwischen den von ihm behandelten Kindern mit gleichalterigen deutschen bestehen. Und es ist immerhin denkbar, daß große Abweichungen zwischen Gewicht und Alter, wie auch der etwaige Einfluß von Störungen im endokrinen System hier eine die Epilation beeinflussende Rolle spielen. So hat z. B. auch Heuck in München bei 8 mg

Digitized by Google

mangelhafte, bei 9 mg pro Kilo Körpergewicht zuverlässige Epilationen erhalten. Es muß hierbei naturgemäß dem einzelnen Untersucher überlassen bleiben, den individuellen Verhältnissen die Dosierung anzupassen. Bei uns, ebenso in den uns bekannten therapeutischen Beobachtungen in Rußland und Irland, arbeitet die Methode mit 8 mg zuverlässig.

3. Wir haben von jeher betont, daß es sich um eine reine Epilationsmethode handelt, und daß man von dem ersten Tage der Behandlung an mit Desinfizientien den Kopf behandeln muß (Jodeinpinselungen, Schwefelsalbe). Es kann daher nicht wundernehmen, wenn Dostrowsky einen großen Prozentsatz Rezidive hat, da er entgegen einer rigorosen, lokalen Behandlung bei der Röntgenepilation bei der Thalliumbehandlung sich „expektativ verhielt" und „die kranken Herde lange Zeit ohne jegliche Therapie ließ". Es ist ja gerade einer der großen Vorteile der Thalliumepilation, daß man, ohne Gefahr zu laufen, eine Hautschädigung zu erzielen, vom ersten Tage der Behandlung ab den Kopf auch gründlich lokal behandeln kann. Dann kann man auch bis zu dem Wiederwachsen der Haare alle Infektionsherde bequem beseitigen.

4. Bezüglich der Nebenerscheinungen kann man wohl jetzt nach gründlicher Erprobung der Methode in den verschiedensten Ländern sagen, daß schwere Schädigungen, wie sie z. B. in Einzelfällen aus Italien berichtet sind, bei exakter Dosierung und genauer Einhaltung der Vorschriften nicht vorkommen können und auch nicht dürfen. Natürlich muß man bei für ihr Alter schwächlichen und dekrepiden Kindern besonders vorsichtig sein. Wir selbst haben aber auch bei solchen, z. B. bei den von uns zuerst behandelten idiotischen Kindern, keinerlei Schädigungen gesehen. Eher sind sie möglich, wenn man in zu frühem Abstand die Thalliumgabe an dasselbe Kind noch einmal wiederholt. Hierbei haben wir auch leichte und vorübergehende Beschwerden, ähnlich den von Dostrowsky beschriebenen, gesehen.

Aus der Dermatologischen Abteilung im Rudolf-Virchow-Krankenhaus
(Dirigierender Arzt: Prof. A. Buschke)

Bemerkung zu der Arbeit von W. Bronstein: „Die Epilation der Haare von Pilzkranken nach der Methode von Buschke-Langer" in Nr. 5 dieser Wochenschrift 1927

Von

A. Buschke und Erich Langer

Es erscheint uns notwendig, darauf hinzuweisen, daß durch die Wahl des obigen Titels durch Bronstein Irrtümer entstehen könnten, da der Titel unwillkürlich den Eindruck erweckt, als ob wir die ersten gewesen sind, die in größerem Maßstab und systematisch klinische Versuche mit dem Thalliumazetat angestellt haben. Bronstein erwähnt zwar, daß außer uns von Cicero, Uruena und Peter in Mexiko und von Frocco und Felugo in Italien das Thalliumazetat als Epilationsmittel benutzt wurde, ohne daß der Leser hieraus ersehen kann, wer zuerst mit diesem Präparat klinisch gearbeitet hat. Daher möchten wir auf unsere erste klinische Studie, die wir in der M. m. W., 1926, Bd. 20 gemeinsam mit Schayer veröffentlicht haben, nochmals hinweisen, da wir dort ausdrücklich hervorgehoben haben, daß Cicero bereits 1917 mit der Thalliumazetatbehandlung begonnen hat und seit dieser Zeit etwa 354 Fälle behandeln konnte, welche Beobachtungen wir allerdings erst aus der im vorigen Jahre im Arch. f. Derm., Bd. 150, H. 3 erschienenen Arbeit von Peter, die der Autor uns freundlichst einige Zeit vor der Drucklegung zugänglich gemacht hat, kennengelernt haben, während wir zu dieser Zeit bereits mit unseren Untersuchungen beschäftigt waren. Wir glauben auch, daß es sicher nicht in der Absicht Bronsteins lag, das Verdienst der anderen Autoren zu schmälern. Bronstein hat, wie viele russische Kollegen, bei uns die Methode zuerst kennengelernt und sie nach Rußland mitgenommen. Nachdem er eine Anzahl Fälle behandelt hatte, stellte er sie am 20. VII. 1926 in Sebastopol in der wissenschaftlichen

Digitized by Google

Gesellschaft vor und berichtete darüber in einer russischen Zeitschrift. Die vorliegende Arbeit stellt wohl nur eine Übersetzung dieser Mitteilung vor. Die Benennung der Methode nach Buschke und Langer ist wohl nur dadurch als zustande gekommen denkbar, daß Verf. damit bedeuten wollte, daß durch unsere Veröffentlichungen und durch die persönliche Kenntnisnahme der Methode seitens der russischen Ärzte auf unserer Abteilung diese Vertrauen zu dem sonst als außerordentlich giftig bekannten Mittel gefaßt haben, da ihnen bekannt war, daß unsere Versuche, in denen eine genaue Dosierung angegeben wurde, außerordentlich exakt gewesen sind, abgesehen davon, daß durch die bereits 1900 begonnenen und bis jetzt fortgesetzten Arbeiten Buschkes und seiner Schüler (Peiser, F. Jacobsohn und Klopstock) die exakte experimentelle Begründung für die biologischen Wirkungen des Thalliums, speziell seiner spezifisch epilierenden Eigenschaften als Grundlage für die praktischen Versuche geliefert wurden. Im übrigen haben wir dann als erste nach einer Reihe von Vorversuchen, die uns liebenswürdigerweise durch die chemische Fabrik Kahlbaum ausgeführt wurden, eine leichtere Dosierung des sehr genau zu dosierenden Mittels angeben können, indem es als Thalliumdepilatorium in Tablettenform in den Handel gebracht wurde. Wir haben selbst auf unserer Abteilung, wie auch anderweitig wiederholt festgestellt wurde, die zuverlässige Brauchbarkeit dieser Tablettendosierung, die den behandelnden Arzt des lästigen und verantwortlichen Abwiegens enthebt, erproben können und wissen, daß in den verschiedensten Ländern, besonders in Rußland, seither mit Erfolg mit dieser Methode gearbeitet wird. Möglicherweise hat der Autor durch seine Mitteilung im Titel den Wert dieser Methodik und auch der gleich zu erwähnenden Röntgenkombinationsmethode hervorheben wollen. Ebenso haben wir nämlich für die Thalliumbehandlung, die von mehreren russischen Autoren als die Methode der Wahl für die erfolgreiche Bekämpfung der Haarpilzerkrankungen bezeichnet wird, die Kombination mit der Röntgenbehandlung als erste angegeben, bei der von beiden Medikationen Teilepilationsdosen angewendet werden. Hiermit haben wir ebenfalls Epilationen erzielt. Diese Methode ist besonders dort empfehlenswert, wo man bei größeren Kindern, vielleicht auch bei Erwachsenen, das ist aber noch nicht ganz sicher, sich scheut, die volle Thalliumdosis zu verabfolgen. Immerhin sind die Akten über den Wert der Kombinationsmethode noch nicht geschlossen.

Aus der Universitätshautklinik Kiel (Direktor: Prof. Dr. Klingmüller)

Über den Tuberkelbazillennachweis bei Tuberkuliden

Von

Otto Dittrich

Man unterschied früher bei der Einteilung der Tuberkulose zwischen bazillärer Tbc. und sog. Toxituberkulose. Zur letzteren Gruppe wurden die Formen der Tuberkulose gerechnet, bei welchen der Bazillennachweis im Gewebe versagte oder nur ein äußerst spärlicher Bazillenbefund erhoben werden konnte. Die Tierversuche fielen meist negativ aus, die Tuberkulinproben ließen nicht selten völlig im Stich; so blieb also die Toxingenese als eine einigermaßen befriedigende Erklärung für diese Krankheitsfälle übrig, zumal experimentelle Erfahrungen vorlagen, nach denen tuberkulöse Gewebsveränderungen auch ohne direkte Einwirkung von lebenden Tuberkelbazillen wahrscheinlich sind. Es erübrigt sich, auf die Frage nach der Entstehungsart der Hauttuberkulose, auf die Rolle exo- oder endogener Infektionen hier näher einzugehen. Das eruptive, oft disseminierte und geradezu anfallsweise Erscheinen von Hauteffloreszenzen vom Typ der Tuberkulide spricht überzeugend für den hämatogenen Modus ihrer Entstehung. Daß für diese Exantheme nur eine Ausschwemmung von Toxinen verantwortlich zu machen sei, ist

Digitized by Google

unwahrscheinlich, einmal wegen der meist höchst geringfügigen Anzeichen gleichzeitig vorhandener viszeraler oder sonstiger Tuberkulose, wegen der oft starken sub- und objektiven Erscheinungen, die aber vielleicht mit besonderer Toxinüberempfindlichkeit erklärt werden könnten, dann vor allem wegen der unverhältnismäßig langen Dauer des Krankheitsbildes. Verständlicher werden die Vorgänge, wenn man eine Toxinentstehung an Ort und Stelle annimmt. Voraussetzung dafür ist nun allerdings die Anwesenheit von Tuberkelbazillen in mehr oder weniger großer Entfernung vom Krankheitsherd. Im Gebiete der übrigen Infektionskrankheiten gibt es genügend Beispiele für das Vorkommen von Hauterscheinungen, welche nachweislich der Anwesenheit von spezifischen pathogenen Mikroorganismen im peripheren Kreislauf ihre Entstehung verdanken. Es wäre verwunderlich, wenn die Erklärung der oft weniger flüchtigen hämatogenen Exantheme der Tuberkulose auf keine ebenso feste Basis gestellt werden könnte.

Die bisherige relativ geringe Ausbeute, welche der Tuberkelbazillennachweis im Schnittpräparat von Tuberkuliden zeitigte, unterstützte die These von Untergang und Auflösung der Bazillen im Gewebe, legte aber auch den Gedanken nahe, zunächst einmal den eventuellen Einfluß tinktorieller Verhältnisse zu untersuchen. Mit Hilfe einer vorsichtigen Anwendung der Ziel-Neelsenschen Methode in der Art, wie Klingmüller sie in seiner Arbeit im Archiv „Über tuberkuloide Lepra" angegeben hat, gelingt das Aufsuchen von Tuberkelbazillen im histologischen Präparat in den meisten Fällen überaschend leicht. Klingmüller empfiehlt folgende Behandlung der Paraffinschnitte: das übliche Karbolfuchsin 2 bis 4 Stunden bei Zimmertemperatur von 18° C, kurzes Abspülen mit Leitungswasser, 5%ige Schwefelsäure, bis die Schnitte blaß-graurosa erscheinen, 96%iger Alkohol (kurz, Sekunden bis Minuten, solange sich noch rote Farbe auflöst), verdünnte Löffler-Methylenblaulösung oder reine Lösung (aber nur ganz kurz, einige Sekunden), abs. Alkohol-Xylol-Balsam. Nimmt man zur Entfärbung 3%igen salzsauren Alkohol, so müssen die Schnitte zur Entfernung der Säure mehrmals durch Wasser und Alkohol gehen, sonst verlieren nach einigen Tagen die meisten oder alle Bazillen, und ganz besonders die festen Stäbchen, ihre Farbe. Bei der Entfärbung mit Schwefelsäure bleiben die Bazillen tiefdunkelrot, mit salzsaurem Alkohol werden sie hellrot. Letzterer entfärbt viel stärker; man soll deshalb, wenn nur wenige Bazillen vorhanden sind, lieber Schwefelsäure verwenden. Längere Färbung mit Karbolfuchsin — bis zu 12 Stunden — sollte daneben vorgenommen werden; nach Klingmüllers Erfahrungen sind dann vielleicht mehr Bazillen gefärbt, aber das Gewebe wird stärker gebeizt; die Zellen und Gewebe nehmen nicht mehr so schön die Gegenfarbe „blau" an, so daß die Bazillen oft viel schwerer oder überhaupt nicht zu finden sind.

Mit Hilfe dieser Färbungsart, welche sich uns der Muchschen Methode gegenüber als überlegen erwies, gelang es mir, Tuberkelbazillen aufzufinden bei folgenden Hauttuberkulosen: 2 Fälle von Aknitis, 1 Folliklis, 1 Dermatitis nodularis necrotisans, 3 Erythema induratum Bazin, 1 papulo-nekrotisches Tuberkulid und erstmalig bei 2 Fällen von Granuloma annulare. Die Bazillen fanden

Digitized by Google

sich bei den 5 ersten Krankheitsbildern in zuweilen, wenn man die bisherigen spärlichen Befunde berücksichtigt, überraschend großer Zahl in Form von festen Stäbchen und Körnchen. Zur Frage der Bedeutung dieser letzteren Form wird a. a. O. Stellung genommen werden. Was die Lagerung der Bazillen anlangt, so fanden wir sie, einige Fälle ausgenommen, fast überall im Gewebe, und zwar sowohl dicht subepithelial an und in den Gefäßen, in der Kutis, Subkutis, und in den Gefäßwänden, namentlich der Muskularis auch größerer Gefäße. Auf ihr Vorkommen im Fettgewebe werden wir später zurückzukommen haben. Interessanterweise zeigte sich auch trotz relativ reichlichen Bazillenbefundes in manchen Fällen eine erstaunliche Reaktionslosigkeit des umgebenden Gewebes. Auch auf die Bedeutung dieser Beobachtung sowie des oft negativen Ausfalls der Tierversuche werden wir bei anderer Gelegenheit näher eingehen. Hinzuzufügen ist noch, daß wir uns an Hand von Kontrollfärbungen bei sicheren bazillären Hauttuberkulosen, banalen Dermatosen und im Tierversuch gewonnenen Stämmen davon überzeugt haben, daß die mit der angegebenen Färbung aufgefundenen Formen mit denen des Tuberkelbazillus identisch sind.

Zwei Fälle von Aktinomykose und ihre Behandlung mit Iontophorese

Von

Dr. H. Behdjet, Chef der Dermato-syphilidologischen Abteilung und Dr. Osman Scherefeddin, Chef des Bakteriologischen Laboratoriums und der Abteilung für Infektionskrankheiten am Hospital Gouraba in Konstantinopel

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin)

Mit 2 Abbildungen im Text

Im vergangenen Jahre hatten wir Gelegenheit, zwei Fälle von Aktinomykose zu studieren und mit Iontophorese zu behandeln.

Der erste Fall (Abb. 1) zeigte Knochenveränderungen des Schädels, er hatte eine konische Deformierung des Hinterhauptes und eine Vertiefung beider Schläfenbeine; rechts war die Wange von der Schläfengegend bis zum Kinn geschwollen, der Unterkieferwinkel zeigte eine durch verschiedene Fisteln hervorgerufene Einbuchtung. Das rechte Ohr unter dem Einflusse der pathologischen Veränderungen infiltriert und ödematös. Abwärts von der Gegend des Processus mastoideus erscheint der Hals bis zum Zungenbein bläulich und durch mehr als ein Dutzend Fisteln ausgehöhlt, die sich als einander parallele warzenförmige Krateröffnungen darstellen. Im ganzen Umkreise der Fisteln ist die Haut gleichmäßig bläulich gefärbt. Aus der äußeren Öffnung dieser Fisteln sickert eine dicke, klebrige Flüssigkeit und richtiger Eiter. Infolge der über den ganzen Unterkiefer und den Hals zerstreuten Fisteln kann der Kranke den Kopf weder nach rechts noch nach links drehen, bei jedem Versuche einer Bewegung sickert aus den verschiedenen Fisteln sanguinolenter Eiter, und der Kranke ist gezwungen, diese Bewegungen durch Bewegungen des ganzen Körpers zu ergänzen. Die in der Zervikal- und der Unterkiefergegend gelegenen Fisteln sind infiltriert und von tieferer Färbung; die benachbarten Teile des Nackens bis zum Sternum zeigen eine bläuliche und bräunliche Farbe.

Nach der Erzählung des Kranken hat er vor dem Auftreten der Fisteln lebhafte Schmerzen am Halse gehabt, die sich nachdem verringerten. Er kann den Mund nur sehr schwer öffnen und nur mit großen Schwierigkeiten Milch trinken. Die Schwellung,

Digitized by Google

die am Kiefer begonnen hatte, ergriff langsam den Hals; zur Zeit sieht man an der Innenfläche der rechten Wange keine Schwellung, während die Außenseite durch die Fisteln, die sich am Unterkieferwinkel eröffnet haben, in zwei Teile geteilt wird. Der Eiter, der aus diesen Fisteln abgesondert wird, ist bisweilen sanguinolent, häufig jedoch mit dicker Flüssigkeit untermengt. Wenn man den Eiter zwischen zwei Glasplatten preßt, findet man leicht charakteristische gelbe Körner. Einige Fisteln haben eine zylindrische Form, beim Fingerdruck sind sie hart, der Kranke empfindet keinen Schmerz. Die in der Nackengegend gelegenen haben eine Tiefe von 1—2 cm, die am Unterkieferwinkel eine solche von $1^1/_2$ cm bis auf den Knochen. Jede Untersuchung mit der Sonde bewirkt blutige Absonderung, die nur durch fest aufgedrückten Tampon gestillt werden kann. Mit der Außenluft in Berührung gelassen bildet die dicke Flüssigkeit Krusten um die Mündung der Fisteln herum, deren Ränder übrigens ulzeriert sind. Der Kranke hat kein Fieber, sein Appetit läßt nichts zu wünschen, die anderen Organe zeigen keine Veränderung. Sein Vater ist vor 25 Jahren im Alter von 70 Jahren angeblich an Lungenentzündung gestorben, seine Mutter 3 Jahre später im gleichen Alter an einer mit Atemnot verbundenen Krankheit. Er hatte 3 Schwestern, von denen eine

Abb. 1.

Abb. 2.

im Alter von 50 Jahren an einer ähnlichen Krankheit wie die Mutter, die beiden anderen an typhösem Fieber gestorben sind. Er ist verheiratet, seine Frau befindet sich wohl und hat 5 ganz gesunde Kinder.

Beim ersten Anblick machten die fistulösen Läsionen mit der charakteristischen Absonderung und den gelben Körnern sogleich den Eindruck einer Aktinomykose. Es bestand keine Ähnlichkeit mit einem Karzinom oder mit Syphiliserscheinungen. Die gelben Körner zeigten nach Behandlung mit 30%iger Kalilauge und Färbung Keulen und typisches Myzel. Alle Versuche, Kulturen auf Glyzeringelatine, koaguliertem Serum, gewöhnlicher Gelatine Kulturen zu erhalten, ergaben sowohl unter Zutritt wie unter Abschluß von Luft nur Kolonien, die keine Beziehung zur Aktinomykose haben. Schließlich erhielten wir charakteristische Myzelien auf Röhrchen mit saurer Gelatine, aber es war uns unmöglich, davon Passagen herzustellen.

Nachdem die Diagnose gestellt war, beschloß ich, den Kranken mit Iontophorese zu behandeln. Die mit einer 5%igen Jodkalilösung getränkte positive Elektrode wurde auf die erkrankte Partie gesetzt, die negative auf die entgegengesetzte Seite des Halses. Wir ließen einen konstanten Strom von 5 mA steigend auf 10, 15, 20, 25 mA hindurchgehen, stärkere Dosen ertrug der Kranke nicht. Diese Sitzungen wurden in der Dauer von einer halben Stunde viermal wöchentlich wiederholt. Nach 5—6 Sitzungen konnte der Kranke den Mund leicht öffnen und Nahrung zu sich nehmen, die Bewegungen des

Digitized by Google

Kopfes erfolgten noch leichter. Während er vorher nur Milch genießen konnte, ernährte er sich jetzt mit Fleisch und allen anderen Nahrungsmitteln. Auf Veranlassung seiner Familie verließ er trotz unseres Widerspruches das Krankenhaus; wir empfahlen ihm Jod zu nehmen, da wir ihn jedoch aus den Augen verloren, können wir über sein weiteres Schicksal keine Angaben machen.

Unser zweiter Fall (Abb. 2) ist ein Kranker, der zwei mit bräunlicher Kruste bedeckte Läsionen aufwies, eine am äußeren Abschnitt des Unterkieferwinkels, die andere am Halse nahe dem Zungenbein. Zwischen den beiden Läsionen war die Haut normal. Der Kranke war kräftig, die Muskulatur gut entwickelt, er hatte guten Appetit und klagte über nichts. Die Läsionen, die man am Halse und unterhalb des Unterkiefers sah, erweckten den Eindruck einer tuberkulösen Drüsenentzündung, indessen fanden sich bei der Untersuchung des Kranken keine geschwollenen Drüsen, auch hatten die Erscheinungen seit 6 Monaten keine Veränderungen erfahren. Die umgebenden Teile hatten eine bläuliche Färbung. Da die Läsionen beweglich waren, waren sie oberflächlich. Wenn man die Kruste abhob, erschien eine reichliche blutige Absonderung, die nur durch einen Tampon zum Versiegen zu bringen war. Unter der dicken sanguinolenten Kruste fand sich käsiger Eiter. Diese einer Hauttuberkulose ähnelnden Läsionen bei einer gesunden, kräftigen Person erregten unsere Aufmerksamkeit. Um jeden Zweifel zu beseitigen, machten wir einen Pirquet mit Alttuberkulin und Pondorf; beide negativ. WR gleichfalls negativ. Wir machten ferner eine Biopsie, um die Natur der Erkrankung zu klären, und leiteten eine antisyphilitische Probebehandlung ein. Nach drei Einreibungen zeigte der Kranke typische Zeichen von Quecksilberintoleranz, so daß wir gezwungen waren, die Behandlung abzubrechen. Die Einreibungen hatten keinen Einfluß auf die Hauterscheinungen ausgeübt. Kulturen auf Sabouraudschem Nährboden waren negativ geblieben. Bei der Untersuchung der Schnitte fand sich eine Vermehrung der Wanderzellen rings um die Parasitenhaufen mit Bildung entzündlicher Knötchen. Das Zentrum der Knötchen wird von zahlreichen Myzelien gebildet, die von großen, epithelioiden Zellen ähnelnden Mononukleären umgeben sind; ein großer Teil dieser Zellen zeigt eine azidophile Degeneration, ist gebläht und difformiert. In dieser Zone der Plasmazellen fanden wir keine Riesenzellen. Aber um diese Zellen herum lag eine dicke Schicht von Mononukleären, die viel mehr einem Sarkom glich. Es bestand keine Endarteritis und keine Endophlebitis. Wenn wir Gefäßveränderungen angetroffen hätten, würden wir die Schnitte für tuberkulöse Veränderungen angesprochen haben. Aber es bestanden keine Gefäßveränderungen. Kurz gesagt, lag also in der Mitte dieses Abszesses eine von Parasiten gebildete Zone und rings herum ein Kranz von Plasma- und lymphozytären Zellen. Es handelte sich also weder um eine tuberkulöse, noch um eine sporotrichotische Läsion, noch um ein syphilitisches Gummi.

Dieser zweite Kranke wurde in gleicher Weise mit Iontophorese behandelt. Die große Elektrode wurde nach Durchtränkung mit 5%iger Jodkalilösung auf die erkrankte Partie gesetzt, die negative auf die entgegengesetzte Seite des Halses. Wir ließen einen Strom von 4, 5, 10, 23, 25 mA hindurchgehen, den wir bei der ersten Sitzung nur 10 Minutan lang einwirken lassen konnten. Der Kranke litt bei 20 mA unter Brennen und Stechen, und man sah an seinen Bewegungen, daß die Beschwerden unerträglich waren. Nach 2 Tagen die gleiche Behandlung; diesmal war der Schmerz nicht so ausgesprochen, bei 25 mA kein Schmerz, so daß wir die Behandlung auf 20 Minuten ausdehnen konnten. Am 5. Tage trocknete das Zentrum der Läsionen ein, der Eiter begann zu versiegen. Am 10. Tage, nach 9 Behandlungen, waren die Narben für das bloße Auge fast unsichtbar; kein keloidähnliches Aussehen mehr, rote, einfache Narbe. Bei der 5. Sitzung weder Eiter noch Krusten. Der Kranke vertrug 30 mA eine halbe Stunde lang. Am 15. Tage sah man nur noch eine lineare Narbe von rosiger Farbe; am 17. Tage eine weitere Sitzung von einer halben Stunde Dauer, danach eine Verbrennung, die unter Salbenbehandlung nach 3 Tagen schwand. Am 25. Tage verließ der Kranke das Krankenhaus, während einer Beobachtungszeit von 2 Monaten zeigte sich kein Rezidiv.

Die Fälle beweisen, daß, wenn einmal die Diagnose gestellt ist, die Iontophorese die sicherste Behandlungsmethode der Aktinomykose ist. Bei oberflächlichen Läsionen kann man die Heilung zusehends verfolgen. Während das Jod bei innerlicher Anwendung Monate braucht, um eine Wirkung auf die Pilzläsionen auszuüben, tritt die Heilwirkung bei der Iontophorese auf sichere Weise in kurzer Zeit ein. Aus diesem Grunde empfehlen wir sie warm für die Behandlung der Aktinomykose.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Odessaer Dermatologische und Venereologische Gesellschaft

Sitzung vom 20. Oktober 1926

M. Mgebrow und E. Oretschkin: Kranke mit **erworbener Überempfindlichkeit gegen Chinin.** In Beobachtung seit mehr als 12 Jahren; bis 1914 Chinin-Alkoholpinselungen gut vertragen, 1914 plötzliche Intoleranz (äußere Applikation). Seitdem reagiert Kranke auf jede Chiningabe mit einem ausgebreiteten scharlachähnlichen Ausschlag. 1918 nach Einnahme von 10,0 Chinin zwecks Abtreibung stürmische Reaktionserscheinungen: Temperaturerhöhung, Gesichtsödem, Hyperämie der Schleimhäute, universelles scharlachartiges Exanthem. Am 4. Oktober 1926 Aufnahme ins Institut bei ausgesprochener Aufgedunsenheit und Rötung des Gesichts und stark juckender skarlatinöser Eruption; Temperatur bis 38,2° C. Tags zuvor hatte Kranke wegen allgemeinem Übelbefinden auf Anordnung des Arztes ein Chininpulver eingenommen (Dosis unbekannt). Eosinophilie = 14%, Monozytose = 9%. Es wurde die Empfindlichkeit auf Sublimat (Injektion von 1,0 1%iges $HgCl_2$), Wismut (Dermatol- und Xeroformemulsioninjektionen), Jodkali, Antipyrin, Aspirin und Neosalvarsan untersucht, jedoch mit negativem Resultat. Nach einer Injektion von 1,0 Bijochinol (Bi-Jod-Chinin)-Reaktion in Form eines scharlachähnlichen Erythems mit Blasenbildung an den Händen und Gesichtsödem. Die Prüfung der Hautreaktion auf Chinin mittels Applikation eines in 1%iger Chininlösung getauchten Wattebausches ergab ebenfalls ein ausgedehntes skarlatinöses Erythem sowie Erythem am Angriffsort.

J. M. Werin: Fall von **Ulcus molle infundibiliforme (Jakowlew),** das einen harten Schanker vortäuscht. Einige Geschwüre erschienen am 7. und 8. Tag post coitum; Sitz vordere Penisfläche. Das klinische Bild sowie der Verlauf entsprechen durchaus der von Jakowlew in der russischen Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1904, Nr. 6 gegebenen Beschreibung (Ref. Mh. f. pr. Derm., Bd. 41, S. 448). WR +; nach $5^1/_2$ Monaten wiederholte WR —, Streptobazillen +. Drüsenschwellung nicht vorhanden.

B. D. Barinboim: Isolierter **Lupus erythematodes** an der Schleimhaut der Unterlippe. Krank seit 7 Monaten. WR —. 2 cm langer und $^1/_2$—$^3/_4$ cm breiter, von einem hyperämischen Saum umgebener Herd; daneben atrophische Stelle.

A. A. Feldmann und D. S. Pergament: Fall von **disseminierter geschwulstartiger Hauttuberkulose** bei einem 12jähr. Knaben, der vor 3 Jahren erkrankte; das Leiden begann am Gesicht mit vereinzelten linsengroßen Gebilden, die allmählich an Größe und Zahl zunahmen. Pirquet + (Verdünnung von 1—100%). Blut: Erythrozyten 4130000, Leukozyten 7200, Hämoglobinurie 80%, Eosinophilie 8, Stabkern. 4, Segmentk. 14, Lymphozyten 4. An Wange, Hals, Extremitäten und Stamm finden sich verstreut etwa 30 Geschwülste von rundlicher und ovalleutikulärer oder halbkugeliger Form, von Hanfkorn- bis Mandelgröße. Die größten Tumoren (6) sitzen im Gesicht. Alle Geschwülste sind kutan gelegen, dringen in die Subkutis nicht ein, sind scharf begrenzt, von rotbraun-livider Farbe, leicht schuppend oder mit festhaftenden trockenen Hornplättchen bedeckt, an schuppenfreien Stellen glatte Oberfläche zeigend; die letztentstandenen Tumoren sind in toto mit einer lockeren Hornschicht bedeckt. Das Geschwulstgewebe ist weich, weist bei Glasdruck apfelgeleefarbene Flecke auf. Histologischer Befund: In der Hautmasse stellenweise Anhäufungen granulomatösen Gewebes — Infiltrat aus Lymphoid-, Epitheloid- und wenigen Riesenzellen —, Tuberkel; stellenweise mehr diffuses Granulationsgewebe derselben Art mit Degenerationserscheinungen.

B. J. Kaplun: Pat. mit **Überempfindlichkeit gegen Salvarsan, Hg und Bi.** 1919 eine kombinierte Hg-Salvarsankur gut vertragen; $1^1/_2$ Monate später nach drei Hg- und einer Neosalvarsaninjektion universelle nässende Dermatitis. 1923 nach einer Hg-Einspritzung abermals Dermatitis. 1926 löst eine Injektion von 1,0%iger Xeroformemulsion am 3. Tage wiederum eine nässende Dermatitis aus, die nach 2 Monaten ohne jeg-

Digitized by Google

liche Injektionen rezidiviert. Pat. weist ausgesprochene Vagotonie auf. In der Aussprache teilt Bubermann mit, er habe beim Kranken, der auch bei ihm in Behandlung gewesen war, das Auftreten von Dermatitis nach einer Neosalvarsaninjektion und erneut nach sechs Hg-Einspritzungen beobachten können; bei weiterer Verabreichung von Neosalvarsan seien keine Nebenerscheinungen zu verzeichnen gewesen.

M. G. Mgebrow, L. J. Faingold und J. P. Feldmann: **Neurodermitis hypertrophicans Ehrmann** oder **Lichenificatio gigantea Brocq-Pautrier** bei einem Syphilitiker (Lues congenita), der an Tabes dorsalis incipiens und Prurigo Hebrae leidet. 25jähr. Kranker; Prurigo von der frühen Kindheit an. In Beobachtung seit 1917. An der Innenfläche des linken Oberschenkels gegenüber dem Skrotum eine von der gesunden Haut scharf abgesetzte geschwulstartige Hautverdickung, überfünfmarkstückgroß, von unregelmäßig ovaler Form, 7—8 mm das Hautniveau überragend, indolent, stark juckend, von gleichmäßig derber Konsistenz, knotenfrei, mit der Haut verschieblich, vielfach gefurcht (die tiefste Furche erreicht das Hautniveau) und stellenweise exkoriiert. Die Verdickung erstand vor 4 Monaten an der Stelle einer Ekzematisation. Vagotonie. Dystrophiae lueticae. WR —. Im Harn 0.6‰ Eiweiß, vereinzelte Hyalinzylinder, Ambard 5, Harnsäure im Blut 0,004 auf 100 ccm. Morphologischer Blutbestand normal. Histologisch: Riesenhyperakanthose, Papillenverlängerung, beträchtliche Hornpfröpfe, unbedeutende Parakeratose, Verschmächtigung der Körnerschicht, Ödem und geringe Degeneration der Retezellen, partieller Untergang und Degeneration der Basalschicht, Wanderzellen im Stratum Malpighii, polymorphes Infiltrat im oberen Korium, Lymphspaltenerweiterung, Blutgefäßvermehrung mit Wandverdickung und Endothelquellung, Bindegewebe teilweise ödematös, teilweise sklerosiert. G. Lauda-Odessa.

Dermatologische Zeitschrift

1927, Bd. 50, H. 1

Über die sterilisierende Kraft des Salvarsans gegenüber den Spirochäten, von L. W. Kritschewsky-Moskau. S. 8. Salvarsan vermochte nicht in allen Fällen einen mit Rekurrens-Spirochäten (Sp. Duttoni) infizierten Organismus zu sterilisieren, obwohl die angewendeten Dosen sehr nahe an die Dosis toxica heranreichten und die Behandlung gleichzeitig mit der Infizierung oder sehr frühzeitig einsetzte. Außerdem war die Menge der zur Infektion benutzten Spirochäten sehr stark herabgesetzt.

Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit von Prof. Kritschewsky, von Kolle. S. 14. Kolle nimmt an, daß Kritschewsky mit einem salvarsanresistenten Stamm gearbeitet hat. Bei einem ähnlichen, wenn nicht sogar identischen Stamm von Sp. Duttoni, konnte auch er nicht regelmäßig eine Sterilisation erreichen (siehe Derm. Ztschr., 1926, Bd. 47, H. 1/2). Aber selbst, wenn eine Sterilisierung nicht in 100% gelingt, so ist trotzdem die Tatsache nicht zu bestreiten, daß Salvarsan bei Rekurrens und Lues in der Frühperiode der Infektion Sterilisierung ermöglicht. Es wird wohl nie ein chemisches Mittel gefunden werden, das in 100% sterilisiert. Die komplizierten Verhältnisse des Organismus (Konstitution usw.) bedingen, daß gelegentlich Versager vorkommen.

Über die Verwendung des Woodschen Lichtes in der Dermatologie, von H. Fuhs, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 16. Die Haare des Kapillitiums erscheinen wie gepudert und je nach Art und Menge des Pigmentgehaltes weißlichgelb bis dunkelgraubraun. Auffallend ist eine hellgraublaue bis bräunlichviolette Fluoreszenz der Achselhaare, speziell bei stark schwitzenden Personen. Die Haut des Gesichtes zeigt reichlich sommersprossenartige dunkle Pigmentflecke, selbst bei Personen, die bei gewöhnlichem Licht nur undeutlich umschriebene Pigmentierungen aufweisen. Die Rumpf- und Extremitätenhaut erscheint graublau bis grünlichgrau und weist schwärzlich gefärbte Stellen und Naevi auf. Der Handrücken hat ein dunkelblaues bis graugrünes Kolorit, die Hornschicht der Volae und Plantae ein hellblaues bis gelblichweißes. Die Nägel zeigen eine intensiv bläulichweiße Fluoreszenz, ähnlich die natürlichen Zähne. Künstliche Zähne fluoreszieren in der Regel nicht. Verstärkte und pathologische Verhornungsvorgänge treten in lebhaft bläulichweißer Fluoreszenz hervor. Differentialdiagnostisch verwertbare Unterschiede in der Fluoreszenznuance wurden nicht beobachtet. Ebensowenig konnten irgend welche anderen, diagnostisch verwertbaren Zusammenhänge zwischen Hautaffektionen und den ihnen eigenen Fluoreszenzerscheinungen festgestellt werden.

Halter zur Fixierung der Kinderköpfe bei Epilationsbestrahlungen, von E. Zurhelle, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 21. Die Halter des Apparates, der eine leichte

Digitized by Google

PROPERTY OF THE NORTHWESTERN UNIVERSITY ARCHIVES

Schraubstockwirkung ausüben soll, sind nach allen Richtungen leicht verstellbar und werden nach Anlegen am Kopf festgeschraubt. Hersteller: C. Feisberg, Bonn, Breite Straße 35.

Über die Kombinationsbehandlung des Lupus vulgaris, von R. Strempel, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 23. Neben der Allgemeinbehandlung (Kohlensäure-Kohlensäure-Lichtbäder, Ektebin, Aurophos [1 mg—0,3 g] unter genauer Urinkontrolle) wird folgende Lokalbehandlung empfohlen: Nach Erweichung der Auflagerungen mittels Salizylsalbe werden die lupösen Knötchen durch Kaltkaustik bis auf den Grund der Granulationen koaguliert. Die weitere Ätzung erfolgt mit 10%iger Pyrogallussalbe, dann Weiterbehandlung nach Veiel mit 2%iger, 1%iger, $^1/_2$—$^1/_{10}$%iger Pyrogallussalbe bis zur Überhäutung. Nachbehandlung mit Kompressionsbestrahlung oder Finsen-Reyn-Lampe. Pyotropin wird nur bei lupösen Erkrankungen der Schleimhaut verwendet. Vorher wird das ulzeröse Gewebe durch Kaltkaustik koaguliert. An Stelle von Pyotropin kann auch Milchsäure oder Jod-Jodkali (1,0 : 2,0 : 2,0 Aq. dest.) Verwendung finden. Für Herde in der Nähe des Auges oder an den Ohren eignet sich die sogenannte Boecksche Pinselung. Hypertrophische ulzeröse Formen an der Nase und Lippe werden mit Röntgenstrahlen behandelt (20 × 4 mm Al).

Beitrag zur Bestrahlungstherapie der Dermatosen, von G. H. Klövekorn, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 27. Eine vollständige Epilation ohne Beeinträchtigung des Haarwuchses oder der Haut erzielt man am besten durch fünfstellige Bestrahlung mit 8 X unter 0,5 mm Al-Filter. Die Röntgenbehandlung entzündlicher Erkrankungen, wie Furunkel, Karbunkel, Hidradenitis, Lymphadenitis, Erysipeloide, blennorrh. Arthritis und Epididymitis ergab ausgezeichnete Resultate. Die Dosis für Furunkel, Karbunkel, Schweißdrüsenabszesse beträgt $^1/_5$ HED unter 4 mm Al-Filter, für Arthritis $^1/_3$—$^1/_2$ ED unter 4 mm Al, für Epididymitis $^1/_3$ HED unter 4 mm Al. Die Behandlung von Dermatosen mit ultraweichen Strahlen (ca. 1,5 AE) mit der Apparatur von Bucky oder als Metalleigenstrahlung nach Klövekorn und Gärtner scheint aussichtsreich zu sein. Der Vorteil der Röntgenstrahlen dieser Wellenlängen liegt in ihrer Ungefährlichkeit in bezug auf Verbrennungen und tiefere Schädigungen.

Über die Verwendung gefilterter und ungefilterter Röntgenstrahlen in der Oberflächentherapie, von E. Uhlmann, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 30. Bei 90 mit filterloser Technik behandelten Pat., denen mindestens 2 Bestrahlungsserien appliziert wurden, konnte keine einzige Schädigung von Bedeutung nachgewiesen werden, ebensowenig bei 28 kombiniert bestrahlten Fällen. Dagegen fanden sich unter 22 mit 0,5 mm Aluminium bestrahlten Pat. 2 Fälle, die leichte Schädigungen in Form von Überpigmentierung aufwiesen. Die gleichen Veränderungen zeigten 3 Pat., die nur eine Bestrahlungsserie mit Filter erhielten. Eine Überlegenheit der Filterbehandlung über die filterlose Technik konnte somit in keinem Falle festgestellt werden.

Über Mäusefavus, von A. Simon, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 36. Kasuistische Mitteilung. Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß der Krankheitsherd rezidivierte und 2 neue Herde auftraten. Eine Immunität war demnach nicht eingetreten.

F. Harry-Wiesbaden.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of Dermatology

Bd. 20, Nr. 5. Sitzung vom 16. Dezember 1926

F. Parkes Weber: **Prurigo of Besnier and Rasch in an Adult** (Prurigo Besnier-Rasch bei einem Erwachsenen). Die Erscheinungen bei dem 32jähr. Manne entsprechen der „prurigo diathésique" von Besnier. Das Allgemeinbefinden ist ein gutes; es besteht ausgesprochene Hypochlorhydrie.

E. G. French: **Lupus Erythematosus Affecting Fingers only** (Lupus erythematosus, ausschließlich an den Fingern lokalisiert). Schneller Heilungserfolg mit ultravioletten Strahlen. Vielleicht handelte es sich um Lupus pernio.

J. M. H. MacLeod und J. E. M. Wigley: **Microscopic Sections from a Case of Epithelioma Developing on Sclerodermia (shown at last Meeting)** (Mikroskopische Schnitte von dem in der letzten Sitzung vorgestellten auf einer Sklerodermie entwickelten Epitheliom). Die Präparate bestätigen die bei der Vorstellung ausgesprochene Annahme der Kombination von Sklerodermie und Epitheliom.

J. H. Sequeira: **Lymphoblastic Erythrodermia** (Lymphoblastische Erythrodermie). Seit mehreren Jahren bestehende Rötung der Haut ohne Schuppung. Blutbefund: Rote

Digitized by Google

Blutkörperchen 4900000; Hämoglobin 83%; weiße Zellen 5000; davon 65,5% kleine Lymphozyten. Charakteristisch für diese Fälle ist die allgemeine Rötung der Haut, das Fehlen einer initialen Steigerung der Leukozytenzahl, die Veränderung der prozentualen Zusammensetzung mit 50—60% Lymphozyten. In den späteren Stadien kann ein mäßiger Grad von Leukozytose eintreten.

H. G. Adamson: **Two Cases of Recurrent Cellulitis in the Face** (Zwei Fälle von rezidivierender Zellulitis des Gesichtes). Diese oft erysipelähnlichen Fälle sind nicht selten; ihre Ursache sind wahrscheinlich in Fissuren eingedrungene Streptokokken.

J. T. Ingram: **Unusual Type of Naevus** (Ungewöhnliche Naevusform). Am Halse eines 13jähr. Knaben dichtgedrängte Papeln von tief rotbrauner Farbe, die sich in abgeschwächter Form in die Umgebung fortsetzen, im Sommer sollen die Erscheinungen stärker sein. Histologisch Infiltration von Naevuszellen, Pigmentzellen und Bindegewebezellen.

G. B. Dorling: **Leiomyoma Cutis.** Zahlreiche zerstreute kleine Tumoren an verschiedenen Stellen des Körpers. Im Korium scharf begrenzte, aber nicht abgekapselte Masse von glatten Muskelfasern.

G. B. Dorling: **Maculo-anaesthetic Lepra** (Makulös-anästhetische Lepra). Die Prognose der Nerven-Lepra ist schlecht.

E. G. Graham Little: **Sarcomatosis Cutis (Type Perrin)** (Hautsarkomatose [Typus Perrin]). Die Tumoren, die in größerer Zahl aufgetreten sind, nachdem ein zuerst allein dagewesener am Gesäß nach Röntgenbehandlung geschwunden war, gingen auf Arseneinspritzungen wesentlich zurück, doch ging der Pat. (an Arsen-Intoxikation?) zugrunde. Die histologische Untersuchung gibt kein sicheres Bild.

H. C. Semon: **Lupus Erythematosus Treated by Krysolgan** (Lupus erythematosus mit Krysolgan behandelt). Heilung; während der Behandlung rheumatische Erscheinungen und örtliche Exazerbationen.

H. C. Semon: **Disfigurement from Tar Impregnation** (Entstellung durch Teer-Imprägnierung). Im Anschluß an einen Motorradunfall im Gesicht braungefärbte Narben, ähnlich Tätowierungen bei Indianern. Gute Erfolge einer Behandlung mit Extätol (chemisch Pyotropin verwandt). E. Levin-Berlin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1927, Bd. 8, Nr. 2

Conception générale des dermatoses. Nouvelle note sur leur classification (Allgemeine Auffassung der Dermatosen. Neue Bemerkung über ihre Einteilung), von L. Brocq. S. 65. Im Hinblick auf eine von Krzysztalowicz-Warschau in den Annalen, 1926, Bd. 1 erschienene Arbeit über die Ätiologie der Dermatosen hebt Brocq die Verdienste der französischen Schule auf diesem Gebiete hervor, die Kr. nicht erwähnt hat. Bazin war der erste, der eine ätiologische Klassifikation der Dermatosen gab. Brocq selbst hat sich in zahlreichen, dem deutschen Leser bekannten Arbeiten mit diesem Thema eingehend beschäftigt. Krzysztalowicz hat mit seiner ätiologischen Einteilung nichts Neues geschaffen, seine verschiedenen Gruppen entsprechen solchen, wie sie von Bazin, Hardy und Brocq schon vorher beschrieben waren. Verf. hält eine Teilung der Dermatosen in „Entités morbides vraies" und in „Réactions cutanées" auch heute noch für richtig. In diese beiden großen Gruppen lassen sich alle Krankheitsbilder zwanglos einreihen. Das graphische Schema der hauptsächlichsten Dermatosen, die heute zu den „Réactions cutanées pures" zu rechnen sind, enthält folgende Gruppen: Neurodermitis (zirkumskripte oder diffuse Pruritusformen mit Lichenifikation), Urticaria, Urticaria papulosa und bullosa, Prurigo simplex, ferox, Prurigo Hebrae, polymorphe Dermatitiden, papulo-vesikulöse Ekzeme, rein vesikulöse Ekzeme, reine Dysidrosis, Erytheme, psoriasiforme, zur Ekzematisation neigende Parakeratosen, exfoliierende Dermatitiden, trockene psoriasiforme Parakeratosen, Parapsoriasis, Psoriasis. — Die Gruppen: „Lichen planus, Pityriasis rosea, Herpes werden nicht mehr zu den „Réactions cutanées" gerechnet.

Eczématide prémycosique (Prämykotisches Ekzematid), von J. S. Covisa und J. Gay-Madrid. S. 87. Bei einem 34jähr. Landmann beginnt die Erkrankung mit einer alopezischen, juckenden Stelle an der linken Schläfe, später wird der ganze Kopf befallen, nach und nach Ausdehnung auf Rumpf und Extremitäten. Auf dem Kopf finden sich stark infiltrierte, erythematöse und squamöse Stellen, es besteht völlige Alopezie. Auf Rumpf und Extremitäten ist Infiltration und Erythem schwächer, die Schuppung dagegen aus-

Digitized by Google

gesprochener. — Innere Organe: o. B. WR, Bauer-Stern, MTR negativ, Untersuchung der Schuppen: o. B. Sehr starker Juckreiz. Durch Einreibung mit Weinessig wird an den kranken Stellen eine vesikulöse Dermatitis hervorgerufen, die Infiltration wird danach geringer, der Juckreiz geht ebenfalls für kurze Zeit zurück. Später intravenöse Injektionen von Glykoselösung, wodurch der Juckreiz fast verschwindet. 10%ige Naftalansalbe und Schwefelsalben hatten keinerlei Erfolg. — Histologisch findet sich starke Akanthose, sehr starke Verlängerung der Papillen. In der Basalschicht zahlreiche Mitosen; an einzelnen Stellen Spongiose und Parakeratose. Man sieht viele kleine Herde, die auf den ersten Blick als epitheliale Nester imponieren, es sind Teile von Papillen. Dichtes Infiltrat in der Cutis; die Infiltratzellen bestehen aus jungen Fibroblasten und Lymphozyten, daneben finden sich Pseudomastzellen.

Un cas de pemphigus végétant (Fall von Pemphigus vegetans), von L. Chatellier-Toulouse. S. 101. Ausführliche klinische und histologische Beschreibung eines Falles von Pemphigus vegetans, der für den deutschen Dermatologen keine Besonderheiten aufweist. In Frankreich werden solche Fälle seltener beobachtet; an der Toulouser Klinik ist es der erste seit 34 Jahren wieder. In der Literatur sind in den letzten 25 Jahren fünf französische Beobachtungen verzeichnet. Vielleicht spricht das geographisch begrenzte Auftreten der Krankheit mit für Entstehung durch einen Parasiten.

A. Holländer-Bielefeld.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1927, Bd. 39, Nr. 3

Papular Urticaria (Urticaria papulosa), von R. Hallam-Sheffield. S. 95. Der älteste der 53 Pat. H.s war 13 Jahre alt und litt seit dem Alter von 12 Monaten an den Urtikariaanfällen. Die Eruption kann an allen Körperstellen vorkommen, mit Vorliebe befällt sie aber Gesäß, unteres Drittel des Rückens, Knöchelgegend und Vorderarme. H. reiht die Urticaria papulosa in die Gruppe der allergischen Erkrankungen. Von den 53 Fällen H.s, die er einzeln anführt (im Alter von 5 Monaten bis zu 13 Jahren) waren 10, die noch an der Mutterbrust genährt wurden.

Chondro-Dermatitis Nodularis Chronica Helicis (Chronische, knotige Hautknorpelentzündung der Ohrleiste), von A. C. Roxburgh. S. 112. Diese von Winkler im Jahre 1915 zuerst und späterhin (1919) von Sequeira unter dem Namen Keratoma auriculare beschriebene Affektion sieht auch R. als eine ganz spezifische, den äußeren Rand des Ohres befallende Affektion an und fügt den etlichen 30 bisher veröffentlichten Fällen einen weiteren hinzu, der einen 49jähr. Mann betraf, welcher wegen eines schmerzhaften, am rechten Ohre seit 5 Jahren vorhandenen Knotens in Behandlung kam. Der Knoten saß an der obersten Spitze des freien Ohrleistenrandes, war 5 mm im längsten Durchmesser und außerordentlich druckempfindlich, so daß Pat. auf dem rechten Ohr nicht schlafen konnte. Radiumbehandlung war ohne Erfolg, und auch nach erfolgter radikaler Exzision stellte sich wieder nach kurzer Zeit (3 Wochen) ein Rezidiv ein, und zwar in Gestalt von 2 Knoten je am oberen und unteren Ende der Hautnarbe. Das histologische Bild zeigt einen chronisch entzündlichen Prozeß, gibt aber keinen Aufschluß, ob derselbe von Epidermis, Kutis oder Knorpel ausgeht. Alle bisher beschriebenen Fälle betrafen Männer mit Ausnahme von dreien (Rosts). Übereinstimmung herrscht darüber, daß Exzision die beste Behandlung ist, obwohl spontane Rückbildung in manchen Fällen vorkommt. Über die Ursache der Affektion besteht noch völliges Dunkel, Trauma scheint keine Rolle zu spielen.

Some Observations on a Condition of Chronic Erythema of the Legs (Einige Beobachtungen über einen Zustand chronischen Erythems der Beine), von G. H. Percival und C. P. Stewart. S. 115. In letzter Zeit wurde in zunehmendem Maße in England, Dänemark und Deutschland eine vasomotorische Störung der Hautgefäße der Unterextremitäten, und zwar ausschließlich bei Mädchen und jungen Frauen, beobachtet. Der Zustand ist symmetrisch, von den Knöcheln bis unter die Knie reichend; die Haut ist an diesen Stellen verdickt, von blauroter Farbe, in schwereren Fällen direkt zyanotisch, Hyperkeratosis (Cutis anserina) vorhanden. Zweifellos ist der Zustand auf eine bestimmte Art von Individuen (plumpen, schlaffen und untätigen) beschränkt, und vieles spricht für die Theorie, daß Kälteeinwirkung die direkte Ursache der Hautaffektion ist, und die moderne Beinbekleidung würde die Erklärung für die jetzige starke Zunahme der Affektion abgeben. Andere Beobachter wiederum erklären, daß abwechselnde Hitze- und Kälte-

Digitized by Google

einwirkung dieselbe hauptsächlich verursache. Bei der nahen Verwandtschaft dieses chronischen Erythems mit Erythema pernio war anzunehmen, daß auch bei diesem Erythem der Unterextremitäten ein gewisser Kalziummangel im Blute eine Rolle spiele. Die Untersuchungen an 12 von Verff. beobachteten Fällen ergab keine Anhaltspunkte für diese Theorie, wie auch die bezüglichen therapeutischen Maßnahmen (Erhöhung des Kalkgehaltes des Blutes) ohne Erfolg waren. Literaturzusammenstellung.

Oidiomycosis of the Nails (Oidiomykose der Nägel), von J. A. Scott. S. 119. Der seltene Fall betraf eine 35jähr. Frau (Oberin eines Krankenhauses), bei welcher vor 2 Jahren der rechte Daumennagel, dann der des Zeigefingers und schließlich des Mittelfingers der linken Hand befallen wurde. Der Zustand war schmerzlos, mit Ausnahme des rechten Zeigefingers, der für kurze Zeit Schmerzhaftigkeit zeigte. Es war nur das mittlere Drittel der Nägel befallen, es waren graugelbe Herde unter denselben vorhanden, leicht erhaben und den Nagel etwas verdickend. Alle anderen Nägel vollständig gesund. Kultur auf Sabouraudschem Nährboden ergaben Oidiomyzes. Therapeutisch erwiesen sich 1%ige Jodsalbe, Umschläge mit 0,3%iger Jodkalilösung als ziemlich erfolgreich, am besten chirurgische Entfernung. Eine solche Nagelaffektion kann möglicherweise die Eingangspforte für eine Allgemeinerkrankung bilden. M. Stern-München.

Réunion Dermatologique de Nancy

Sitzung vom 26. Januar 1927

(Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 1927, Nr. 2)

L. Cornil und J. Haushalter: **Deux cas de paralysie générale traités par les injections de stovarsol** (Zwei mit Stovarsoleinspritzungen behandelte Fälle von progressiver Paralyse). S. 34. In beiden Fällen wurde eine Besserung erzielt, in dem einen eine Neuritis optica, nicht, wie in früheren Beobachtungen, verschlechtert, vielmehr stabil bleibend. Die WR blieb positiv, es handelt sich also nur um scheinbare Remissionen.

P. Michon: **Pseudo-chancres syphilitique par cautérisations à l'acide chromique** (Pseudo-Syphilisschanker durch Ätzung mit Chromsäure). S. 36. Der Kranke hatte 3 nach einem verdächtigen Koitus aufgetretene Papillome im Sulkus mit Chromsäure geätzt. Es bildeten sich danach Schorfe und nach deren Abfallen Ulzerationen, die typisch Primäraffekten glichen, besonders, da auch indolente Leistendrüsenschwellungen bestanden. Keine Spirochäten, WR dauernd negativ.

P. Michon: **Herbes aux verrues** (Warzenkräuter). S. 36. Aus der Beobachtung, daß bei einer Kranken zahlreiche Warzen schwanden, nachdem sie sie mit dem Safte von Euphorbia helioscopia betupft hatte, wird der Schluß gezogen, daß tatsächlich einfache Volksmittel vorzüglich wirken können. Allerdings traten später wieder neue Warzen auf.

P. Simon und P. Michon: **Sclérodermie symétrique à tendance extensive des extrémités supérieurs** (Symmetrische Sklerodermie mit Neigung zu weitgehenden Störungen an den oberen Extremitäten). S. 38. Beginn vor einem Jahre mit Verdickungen und intermittierendem Ödemen der Haut der Hände, besonders nach Kälteeinwirkung. Allmählich wurde die Haut marmoriert, bläulich mit ischämischen Zonen an den Gelenken, sehr gespannt; Beschränkung der aktiven und passiven Bewegungen der Finger, beträchtliche Atrophie der Nagelphalangen; auch die Sehnen sind mit betroffen. Auch an der Gesichtshaut beginnende Veränderungen. Es besteht vielleicht eine Hyperthyreoidie.

J. Watrin und Créhange: **Un cas de pseudo-xanthome élastique** (Ein Fall von Pseudo-Xanthoma elasticum). S. 39. Die ganze Außenseite des linken Armes einnehmende Geschwulst mit lilafarbener Haut, von weicher lipomatöser Konsistenz, die vor 9 Jahren mit kleinen nummulären Flecken begonnen hat. Histologisch Hyperplasie des elastischen Gewebes mit Degeneration der Fasern.

J. Watrin: **Pemphigus à localisation buccale primitive et à manifestations cutanées retardées** (Pemphigus mit primärer Lokalisation im Munde und verzögerten Hauterscheinungen). S. 39. Nachdem bereits 5 Monate lang Erscheinungen im Munde bestanden hatten, trat erst Blasenbildung an der Haut auf. Die verschiedenartigsten Behandlungen konnten den tödlichen Ausgang der Krankheit nicht verhindern.

Digitized by Google

de Lavergne und P. Michon: **Etude d'un cas de botryomycome** (Untersuchungen eines Falles von Botryomykom). S. 40. Im Anschluß an einen beim Scheren eines kranken Hammels erhaltenen Biß entwickelte sich am Ohr eine kleine gestielte Geschwulst, die kirschgroß wurde; Schwellung benachbarter Drüsen. Nach Exstirpation glatte Heilung und Schwinden der Drüsen. Der histologische Befund stimmt mit dem beim Botryomykom gewöhnlich gefundenen überein. Ein besonderer Pilz konnte nicht nachgewiesen werden.

L. Spillmann, Créhange und Weill: **Sclérodactylie et sclérodermie progressive avec troubles endocriniens** (Progressive Sklerodaktylie und Sklerodermie mit endokrinen Störungen). S. 41. Der Fall stammt, wie die meisten hier beobachteten, aus den Vogesen. Die Erkrankung begann mit Akro-Asphyxien an den oberen Extremitäten und breitete sich über den ganzen Körper aus. Es bestehen jetzt atrophische und hyperpigmentierte Bezirke. Die Erscheinungen sind von Asthenie und Hypotension begleitet, Folgen einer auch durch pharmakologische Proben nachweisbaren Nebenniereninsuffizienz. Dementsprechend Behandlung mit Nebennierenextrakt, außerdem Ionisation mit Jodkali.

L. Cornil und E. Pierson: **Erythrodermie et polynévrite arsénobenzolique** (Erythrodermie und Polyneuritis nach Salvarsan). S. 43. Im Verlaufe einer Salvarsanbehandlung bei einer an präzirrhotischen Leberkongestionen leidenden Kranken trat eine akute Erythrodermie auf, der nach 2 Tagen eine Polyneuritis zuerst der unteren, dann auch der oberen Extremitäten folgte, mit Schmerzen, Kribbeln, Abschwächung der Sehnenreflexe, Wiederherstellung innerhalb von 2 Monaten. Es handelte sich um toxische Polyneuritis, zu deren Auftreten die Leberinsuffizienz prädisponiert hatte.

R. Watrin und Créhange: **Troubles endocriniens et aortite chez une hérédo-syphilitique** (Endokrine Störungen und Aortitis bei einer kongenital Syphilitischen). S. 46. Unter spezifischer und endokriner Behandlung schwanden die Zirkulationsstörungen, während die übrigen auf Insuffizienz der Thyreoidea beruhenden Erscheinungen unverändert blieben. Für eine erworbene Syphilis lagen keine Anhaltspunkte vor, dagegen glauben die Vortragenden auf Grund anamnestischer Erhebungen eine kongenitale Syphilis annehmen zu dürfen; für diese spricht auch die Aortitis, die dabei ein sehr häufiges Zeichen ist, nach dem stets geforscht werden sollte.

L. Spillmann und J.-L. Créhange: **Hérédo-syphilis et glandes endocrines. Rôle des tests biologiques** (Kongenitale Syphilis und endokrine Drüsen. Wert der biologischen Proben). S. 47. In zwei Fällen kongenitaler, mit endokrinen Störungen verbundener Syphilis wurde wesentliche Besserung durch Kombination spezifischer mit der durch die biologischen Proben festgestellten Störung entsprechenden endokrinen Behandlung erzielt. Die biologischen Proben sind vorläufig noch nicht ideal; will man auf sie verzichten, so empfiehlt es sich jedenfalls, nicht ein Gemisch von Drüsen, deren Störungen nach den klinischen Erscheinungen vermutet werden, anzuwenden, sondern nacheinander in gleichen Perioden das Sekret der einzelnen Drüsen, um das Sekret der wirksamen festzustellen.

J. Benech: **Arsenic et psoriasis** (Arsen und Psoriasis). S. 50. Von den vielen bei Psoriasis angewendeten Mitteln ist Arsen immer noch am wirksamsten, wenn es in den erforderlichen großen Dosen gegeben wird. Allerdings muß dafür ein gut verträgliches Präparat zur Verfügung stehen, wie es das Arsylen ist. 3 Fälle zeigen die gute Wirkung des bei intramuskulärer Einspritzung ohne Beschwerden vertragenen Mittels.

L. Spillmann: **Ulcère de jambe, chez une fillette de 13 ans, traité sans succès comme scrofulide. Sérologie négative. Guérison rapide par les arsénobenzènes** (Unterschenkelgeschwür bei einem Mädchen von 13 Jahren, erfolglos als skrofulös behandelt. Negative WR. Schnelle Heilung durch Salvarsan). S. 53. Der Fall, in dem keinerlei klinische Zeichen oder anamnestische Grundlagen für kongenitale Syphilis bestanden und der eine negative WR aufwies, zeigt, daß man auch ohne bestimmte Anhaltspunkte bei Versagen anderer Behandlungsmethoden eine Probesalvarsanbehandlung versuchen soll und dann oft unerhoffte Erfolge erzielen wird.

L. Spillmann: **Hyperchromie de la face à type de chloasma au cours d'une syphilis secondaire asthéniante** (Hyperchromie im Gesicht vom Typus des Chloasma im Verlaufe einer sekundären Syphilis mit asthenischen Erscheinungen). S. 54. Frische sekundäre Syphilis. Am Kinn und an den Wangen graubräunliche Flecke. Unter Salvarsanbehandlung in Verbindung mit Adrenalin und Nebennierenextrakt gehen die Syphiliserscheinungen sehr schnell zurück, der schlechte Allgemeinzustand bessert sich, die Flecken blassen ab. Die syphilitischen Hyperchromien sind im allgemeinen durch die

Digitized by Google

Behandlung schwer beeinflußbar; der Erfolg der hier durchgeführten Behandlung zeigt die Rolle endokriner Störungen in der Pathogenese gewisser Dyschromien.

Bonnet: **Présentation d'un appareil de haute fréquence établi pour la diathermo-coagulation** (Vorführung eines zur Diathermie-Koagulation eingerichteten Hochfrequenzapparates). S. 55.

P. Simon und P. Michon: **Quelques documents d'iconographie dermatologique** (Einige Beispiele einer dermatologischen Bildersammlung). S. 56. Von in einer inneren Klinik beobachteten dermatologischen Fällen werden Photographien gezeigt: 1. mehrere Fälle von Recklinghausenscher Krankheit, die stark zugenommen hat; 2. Elephantiastisches Ödem mit Ichthyosis an den unteren Extremitäten bei chronischem Rheumatismus; 3. symmetrische Vitiligo an Rumpf, Gesicht, Gliedern; 4. mutilierende tertiäre Knochensyphilis.

E. Aubry und L. Cornil: **Sur le neurotropisme de la syphilis aquise chez les hérédo-syphilitiques** (Über den Neurotropismus der erworbenen Syphilis bei kongenital Syphilitischen.) S. 57. Die Neurosyphilis hat ein besonderes Terrain zur Grundlage, das außer durch andere Momente auch durch die kongenitale Syphilis dargestellt werden kann, wenn zu dieser eine erworbene Syphilis hinzukommt. Der kongenital Syphilitische hat von Geburt an eine besondere Schwäche der Nervenzellen, verbunden mit einer besonderen Anziehungskraft für die Spirochäten, wodurch deren neurotroper Charakter entsteht. So findet man auch häufig bei progressiver Paralyse Erwachsener diese auch in der Antezedenz. Das Anwachsen der Syphilis des Nervensystems ist durch die Passage durch mehrere Generationen zu erklären. E. Levin-Berlin.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

1927, Nr. 2. Sitzung vom 10. Februar 1927

Hudelo, Rabut und Cailliau: **Examen histologique de l'oléome de la fesse présenté à la séance de janvier** (Histologische Untersuchung des in der Januarsitzung vorgestellten Oleoms des Gesäßes). S. 64. Die Struktur ist im ganzen die eines Pseudotumors infolge von Fremdkörpern, doch ist die Makrophagenreaktion mehr mononuklären als multinukleären Elementen zugefallen.

Jean Lacassagne: **Adénopathie inguinale dans les affections du col utérin** (Inguinaldrüsenschwellung bei Erkrankungen am Gebärmutterhalse). S. 65. Die Entzündung der Leistendrüsen bei Affektionen am Gebärmutterhalse entspricht nicht den allgemeinen anatomischen Anschauungen, die eher Beteiligung der Drüsen im Becken erwarten lassen. Es ergibt sich jedoch aus dem Studium der älteren Literatur, daß das Zusammentreffen öfter beobachtet worden ist und daß es sich dadurch erklärt, daß die vom Gebärmutterhalse kommenden Lymphgefäße mit denen des vorderen Scheidenabschnittes kommunizieren können, die zu den Leistendrüsen ziehen.

Louste, Ducourtioux und Lotte: **Adénopathies inguinales et affections du col utérin** (Leistendrüsenentzündungen und Erkrankungen des Gebärmutterhalses). S. 66. Das Zusammentreffen ist keine Seltenheit. Es ist anatomisch durch die zahlreichen Anastomosen zwischen den Lymphbahnen des Gebärmutterhalses, der Scheide und der Vulva erklärlich, auch besteht eine lange Anastomose zwischen den Lymphbahnen des ersteren und des Corpus uteri, von dem Lymphbahnen zu den Leistendrüsen ziehen.

Diese 3 Mitteilungen beziehen sich auf die Sitzung vom 13. Jan. (Ref. Derm. W., Bd. 84, S. 591).

Louste, Cailliau, Ducourtioux und Lotte: **„Xeroderma pigmentosum" tardif** (Spät auftretendes Xeroderma pigmentosum). S. 69. Bei der jetzt 55jähr. Kranken waren im Alter von 5 Jahren Pigmentnaevi aufgetreten, im Alter von 12 Jahren, während sie dem Sonnenlicht reichlich ausgesetzt war, erythematöse und pruriginöse Flecke, die sich während der Sommermonate regelmäßig verschlimmerten. Durch den Einfluß der Sonnenbestrahlung wird bei empfindlicher Haut eine Reihe von Affektionen hervorgerufen, die sich von der Kindheit bis zum Greisenalter erstrecken und mit Übergängen von Xeroderma pigmentosum zu den senilen Keratosen reichen.

L. Bory: **Urticaire pigmentaire; crises nitritoides occasionnées par des applications cryothérapiques** (Urticaria pigmentosa; nitritoide Krise infolge von Kohlensäureschneebehandlung). S. 75. Im Verlauf der Kohlensäureschneebehandlung, die sich bei dem Falle von Urticaria pigmentosa bei einem 15jähr. Mädchen sehr wirksam erwies, kam es zu einem innerhalb 10 Minuten wieder schwindenden Anfall von Kongestion,

Digitized by Google

Atemstörung, Präkordialangst, Schwäche und Beschleunigung des Pulses, Übelkeit, Ohnmachtsgefühl. Er ist auf einen bei dieser Krankheit bestehenden und vielleicht ihre Ursache bildenden allgemeinen Zustand von Gleichgewichtsstörung des sympathischen Nervensystems zurückzuführen.

L. Bory: **Prurit ano-vulvaire ancien, radicalement guéri par le redressement d'une rétroversion utérine. Hérédo-syphilis familiale** (Lange bestehender Pruritus an After und Vulva durch Beseitigung einer Retroversio uteri radikal geheilt. Kongenitale Syphilis in der Familie). S. 76. Nachdem bei dem jahrzehntelang bestehenden Pruritus alle möglichen therapeutischen Beeinflussungen versagt hatten, schwand er unmittelbar nach Behebung einer Retroversio uteri durch Ventrofixation, mit der gleichzeitig eine Dehnung des Rektums wegen Fissura ani und Exstirpation der entzündlich geschwollenen Appendix stattgefunden hatte. Das Schwinden des Pruritus wird durch die Aufrichtung des Uterus erklärt; die anderen Erkrankungen können nur eine sekundäre Rolle gespielt haben. In der Familie bestand außerdem eine bis zur dritten Generation übertragene kongenitale Syphilis, bei der eine paternelle Vererbung nicht auszuschließen war.

L. Bory: **Syphilis d'emblée ganglionnaire. Chancre papuleux secondaire. Résistance au traitement intensif** (Syphilis d'emblée mit Drüsenerscheinungen. Sekundärer papulöser Schanker. Resistenz gegen intensive Behandlung). S. 79. Nach den glaubwürdig erscheinenden Angaben des Kranken hatten die ersten, nach dem 4 bis 5 Wochen zuvor stattgehabten Koitus aufgetretenen Erscheinungen in starker Leistendrüsenschwellung bestanden; 4 Wochen später papulöses Exanthem im Gesicht, am Rumpf und am Glied, an diesem gleichzeitig damit eine indurierte, als Primäraffekt imponierende Effloreszenz aufgetreten. Der Primäraffekt wäre danach erst verspätet in der Sekundärperiode aufgetreten, was durch eine besondere Virulenz des Keimes oder durch einen Mangel der normalerweise in der Haut vorhandenen Abwehrstoffe erklärt werden müßte. Die Schwere der Syphilis zeigte sich auch durch ihre sehr zögernde Beeinflußbarkeit durch die Behandlung.

M. Pinard, J. Meyer und Martineau: **Un cas de parapsoriasis chez un syphilitique** (Ein Fall von Parapsoriasis bei einem Syphilitiker). S. 81. Seit 12 Jahren bestehende diffuse, lichenoide, leicht juckende Eruption, die keine wesentlichen Veränderungen in ihrem Aussehen zeigt; histologisch Ödem des Stratum mucosum mit Verminderung der Zellreihen, Veränderung der Basalschicht, leichter Hyperkeratose. 4 Jahre zuvor Syphilisschanker, ohne Behandlung. Bei Auftreten der Hauterscheinungen Salvarsan-Wismutbehandlung 2 Jahre hindurch, die die Erscheinungen viszeraler Syphilis bessert, die Hauteruption nicht beeinflußt. Sabouraud glaubt, daß keine Parapsoriasis, sondern eine psoriasiforme Parakeratose vorliegt.

Gougerot und Filliol: **Deux cas d'érythème de Bazin: le premier géant, le deuxième nain, tous deux avec tuberculides papulo-nécrotiques superposées** (2 Fälle von Erythema induratum, der erste riesengroß, der zweite zwerghaft, beide mit aufgepfropften papulo-nekrotischen Tuberkuliden). S. 83. Zwischen den beiden Fällen besteht ein Gegensatz, indem in dem ersten die Tuberkulose sich in voller Aktivität befindet, in dem zweiten abgeschwächt ist.

Gougerot, Filliol und Merklen: **Apparition simultanée d'un zona thoracique gauche et d'une paralysie des VII, puis III, IV, VI paires gauches chez un tuberculeux syphilitique tabétique. Eveil d'une syphilis latante par le zona** (Gleichzeitiges Auftreten eines linksseitigen Zoster thoracicus und einer Lähmung des 7., dann des 3., 4., 6. linken Hirnnerven bei einem tuberkulösen und syphilitischen Tabiker. Provokation einer latenten Syphilis durch den Zoster). S. 84. Bei dem gleichzeitigen Auftreten des Zosters und der Fazialisparese wurde zuerst an einem Zosterursprung dieser gedacht, doch bestanden keine Bläschen im Gesicht und keine Schmerzen im Nacken. Dagegen bestanden sichere Stigmata einer dem Kranken unbekannt gebliebenen Syphilis, die offenbar durch das Zostervirus ausgelöst und sich am Nervensystem lokalisiert hat; im Beginn handelt es sich dabei um Mischformen zwischen Zoster und Syphilis.

A. Sézary und F. Benoist: **Lymphangiome tubéreux du cuir chevelu** (Lymphangioma tuberosum des behaarten Kopfes). S. 85. Die seit mehreren Jahren allmählich größer gewordene Geschwulst, in deren Umgebung mehrere kleinere sich fanden, zeigte eine eigenartige, teils derbe, teils elastische Konsistenz, was sich aus dem histologischen Befunde eines Fibro-Lymphangioms erklärt. Seiner Natur nach könnte dieses als eine naevusartige Bildung betrachtet werden.

Digitized by Google

G. Milian und Lenormand: **Chancre mou phagédénique de la paroi abdominale, qualifié lymphogranulomatose, datant de 27 mois, guéri en quinze jours par hétérothérapie** (Seit 27 Monaten bestehender, für Lymphogranulomatose gehaltener phagedänischer weicher Schanker, in 14 Tagen durch Heterotherapie geheilt). S. 88. Im Anschluß an einen weichen Schanker hatte sich ein fistulöser Bubo entwickelt, der schließlich zu einer Exstirpation der ganzen erkrankten Drüsenmasse führte. Von hier aus kam es zu einer immer weiter schreitenden Ulzeration der Bauchwand, die — bei häufig wechselnder Behandlungsstelle des Kranken — für Lymphogranulomatose gehalten wurde. Autoinokulation des Kranken ergab ein positives Resultat, es wurden auch Streptobazillen gefunden. Ohne Kenntnis von einer früher stattgefundenen Syphilisinfektion wurde mit Rücksicht auf die Erfahrung, daß es sich bei weichen Schankern, die phagedänisch werden, und besonders bei solchen, die sich lange hinziehen, gewöhnlich um eine Verbindung von Syphilis und weichem Schanker handelt, intravenöse Einspritzungen von Quecksilberzyanür verabfolgt, die in 14 Tagen zu völliger Überhäutung führten.

Lenormand: **Septicémie syphilitique tertiaire** (Tertiäre syphilitische Septikämie). S. 92. Vor 34 Jahren nur kurze Zeit behandelte Syphilis. Jetzt plötzlich Auftreten von mehrfachen, zum Teil ulzerierenden Gummen, gleichzeitig mit immer häufiger werdenden Anfällen von paroxysmaler Tachykardie.

P. Gastinel und P. Müller: **Un cas de „spina ventosa" syphilitique avec radiographie** (Ein Fall von syphilitischer „Spina ventosa" mit Röntgenbefund). S. 94. Das lange Bestehen ohne Fistelbildung hatte den Verdacht einer syphilitischen Erkrankung erweckt, der durch den Röntgenbefund und positive WR bestätigt wurde. Besserung nach spezifischer Behandlung.

P. Ravaut und M. Ferrand: **Le traitement des naevo-carcinomes par la diathermo-coagulation** (Die Behandlung der Naevo-Karzinome mit dem Kaltkauter). S. 96. Bei dem Naevo-Karzinom kommt es darauf an, in dem Stadium zu behandeln, in dem der Umfang des Naevus noch nicht überschritten ist und es noch zu keiner Verallgemeinerung gekommen ist. Röntgen- und Radiumbehandlung können aber schädlich sein, Thermo- und Galvanokauter, heiße Luft, Kohlensäureschnee geben ungenügende Resultate; Elektrolyse ist wirksam, jedoch auf kleine und oberflächliche Läsionen beschränkt. Dagegen gibt der Kaltkauter, bei dem jedoch Anästhesierung (örtliche oder besser allgemeine) erforderlich ist, sehr gute Erfolge. Unter 30 Fällen kamen 4 Todesfälle vor, die jedoch nicht der Methode zuzuschreiben sind; 22 Fälle können als geheilt betrachtet werden, darunter 8 seit über einem Jahre. Darier tritt warm für die Elektrolyse ein.

Hissard: **Pityriasis rosé de Gibert à plaques initiales au visage consécutif à une piqûre de guêpe** (Pityriasis rosea mit primären Effloreszenzen im Gesicht im Anschluß an einen Wespenstich). S. 105. Zwei oder drei Tage nach einem Wespenstich waren im Gesicht die ersten Effloreszenzen in Form rötlicher Kreise aufgetreten; 14 Tage später Sekundäreruption von rötlichen, schuppenden Ringen und Flecken, am Körper von oben nach unten fortschreitend.

L. Bizard: **Statistique des cas de syphilis observés dans les maisons de tolérance de la région parisienne de 1917 à 1926** (Statistik der in den öffentlichen Häusern von Paris von 1917 bis 1926 beobachteten Syphilisfälle). S. 106. Die Zahl der in dem betreffenden Jahrzehnt in den Pariser Bordellen beobachteten frischen kontagiösen Syphilisfälle betrug 26, von denen aber 19 schon bei der ersten Untersuchung, vor Aufnahme der Tätigkeit, festgestellt wurden. Ihnen stehen 4361 Fälle bei der übrigen Straßenprostitution gegenüber. Wenn auch gegen diese Gegenüberstellung manche Einwendungen gemacht werden können, so ergibt sich doch eine sehr geringe Ansteckungsmöglichkeit in diesen Häusern (ebenso jedenfalls auch in den Absteigequartieren), was bei ihrer großen Frequentierung von großer Bedeutung ist. Es wäre daher ihre Aufrechterhaltung sehr wünschenswert gewesen, denn die Behandlung der Syphilis allein ist kein Schutz gegen ihre Ausbreitung. In der Besprechung werden die Ansichten des Vortragenden im allgemeinen bestätigt und die Überwachung der Prostituierten für notwendig erklärt; Sabouraud findet, daß bei der Entscheidung dieser Frage oft mehr nach dem Gefühl als nach Tatsachen geurteilt wird, und daß unter den Abolitionisten sich viel zu viele finden, die gar nicht in der Lage sind, sich eine eigene Meinung zu bilden.

J. Meyer und A. Jardet: **La solution glycéro-alcoolique de sulfate de cuivre, note rectificative à la communication de mai 1926: le sulfate de cuivre alcoolique en dermatologie** (Die Lösung von Kupfersulfat in Glyzerin-Alkohol; Berichtigung

Digitized by Google

zu der Mitteilung vom Mai 1926). S. 110. Da Kupfersulfat sich in Alkohol nicht löst, soll es zunächst in Glyzerin gelöst und dann der Alkohol zugesetzt werden, dann erhält man ein beständiges Präparat.

E. Juster: **Apparition de plaques de vitiligo à la suite d'un érythème par rayons ultra-violets (coup de soleil artificiel)** (Auftreten von Vitiligo-Flecken nach einem Erythem durch ultraviolette Strahlen [künstlicher Sonnenbrand]). S. 111. Man könnte, da der Kranke früher an Syphilis gelitten hatte, daran denken, daß die Vitiligo auf diese durch traumatischen Einfluß oder Biotropismus zurückzuführen sei. Indessen ist es angesichts der bestehenden vaskulo-sympathischen Störungen näher liegend, in ihr den Ausdruck von Ernährungsstörungen der Haut zu erblicken.

Sézary und Vaudremer: **Granulome annulaire. Guérison après vaccinothérapie** (Granuloma annulare. Heilung nach Vakzinebehandlung). S. 112. 11jähr. Mädchen, bei dem nur sehr vage Zeichen einer kongenitalen Syphilis, evtl. in der zweiten Generation, dagegen eher Anhaltspunkte für Tuberkulose gefunden wurden. Nach Versagen der Röntgenbehandlung wurden Einspritzungen mit einem Antituberkulose-Vakzin vorgenommen, die fast völliges Schwinden der Erscheinungen bewirkten.

Ch. Fouquet und J. Michaux: **Essai d'une nouvelle préparation bismutho-mercurielle dans le traitement de la syphilis** (Untersuchung eines neuen Wismut-Quecksilberpräparates bei der Behandlung der Syphilis). S. 115. Es handelt sich um eine Suspension von basisch kohlensaurem Wismut und Kalomel in Olivenöl, von der Serien von 12—15 Einspritzungen in Pausen von 2—3 Tagen verabfolgt wurden. Die Einspritzungen sind nicht schmerzhafter als die sonstiger unlöslicher Wismutverbindungen und viel weniger schmerzhaft als die von Kalomel allein. Keine sonstigen Nebenwirkungen. Die Wirksamkeit entspricht der der übrigen Wismutpräparate, für die Anwendung kommt besonders Syphilis des Nervensystems in Betracht.

Ch. Audry und L. Chatellier: **Sur l'inactivation de la réaction de Wassermann paradoxale des tuberculeux non syphilitiques** (Über Inaktivierung der paradoxen WR bei nicht syphilitischen Tuberkulösen). S. 122. Es ist unbestreitbar, daß ausnahmsweise bei Tuberkulösen eine positive WR gefunden wird, die allerdings gewöhnlich nur schwach und bald vorübergehend ist. Falls sie einmal länger besteht, so kann sie durch 1 oder 2 intravenöse Salvarsaneinspritzungen zu 0,3 zum Schwinden gebracht werden. Es handelt sich also um eine entgegengesetzte Erscheinung wie bei der Reaktivierung der WR bei Syphilitikern.

L. Chatellier und R. Garipuy: **Statistique sérologique de la Maternité de Toulouse en 1926** (Statistik der in der Entbindungsanstalt von Toulouse im Jahre 1926 vorgenommenen Blutuntersuchungen). S. 123. Es fanden sich 12,5% positive Resultate gegenüber 27,2% im Jahre 1925. Es bleibt abzuwarten, ob dies ein Erfolg der antivenerischen Prophylaxe ist.

L. Chatellier: **Réaction de floculation chez les femmes enceintes** (Flockungsreaktion bei schwangeren Frauen). S. 123. Während die WR in den letzten Monaten der Schwangerschaft und in den ersten Wochen nach der Entbindung sich abschwächt, ist dies bei den Flockungsreaktionen nicht der Fall. Auch diese Tatsache spricht also für die gleichzeitige Anwendung beider Methoden.

Gouin, Bienvenue und Dewing: **Radiothérapie sympathique dans les dermatoses. Apport de faits (150 cas)** (Röntgenbestrahlungen des Sympathikus bei Hautkrankheiten. Bericht über 150 Fälle). S. 124. Von den verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten kommt die tiefe kaum in Betracht. Die halbtiefe ist indiziert bei Lichen planus der Mundschleimhaut, bei inveterierten Dermatosen und bei funktionellen Störungen der Ovarien. Die oberflächliche ist empfehlenswerter in allen übrigen Fällen (Lichen planus, Erythema multiforme, Parapsoriasis, Neurodermitis, Prurigo, Urtikaria, Ekzem, Parakeratosen, Psoriasis, Zoster usw.). In wechselnder Weise wurden teils Hauterscheinungen und Pruritus, teils das eine oder andere beseitigt.

J. Montpellier und P. J. Matamoros: **Trichophytie pubo-crurale due à „Trichophyton persicolor"** (Trichophytie der Pubo-Kruralgegend infolge von „Trichophyton persicolor"). S. 128. Die der Epidermophytia inguinalis sehr ähnelnden Erscheinungen wurden durch einen seltenen Pilz, das Trichophyton persicolor, hervorgerufen, der eine Abart des Tr. gypseum ist. Schnelle Heilung unter Jodbehandlung.

W. Dubreuilh und L. Magimel: **Un cas de Dermatose précancéreuse de Bowen suivie de cancer** (Ein Fall von präkanzeröser Bowenscher Dermatose mit nachfolgendem Krebs). S. 130. Neben seit 10 Jahren aufgetretenen und in langsamer Entwicklung fortgeschrittenen, am ganzen Körper zerstreuten lentikulären, schuppenden Flecken,

Digitized by Google

münzenförmigen, flachen oder gewölbt hervorspringenden trockenen oder erodierten und nässenden Plaques, die im allgemeinen isoliert oder stellenweise in Ringen gruppiert stehen, findet sich eine ausgedehnte, tiefgreifende Ulzeration am rechten Fuße. Entwicklung und histologischer Befund entspricht ganz der Bowenschen Dermatose; über das Karzinom soll später noch berichtet werden. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Talg- und Schweißdrüsen

Malignant Degeneration of Sebaceous Cyst of Scalp (Maligne Entartung von Talgdrüsenzysten des Kopfes), von L. M. Jacobs-Philadelphia, Pa. (M. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 1, S. 11—12.) Maligne Entartung von Talgdrüsenzysten des Kopfes ist ein seltenes Ereignis. Es wird ein Fall beschrieben, in dem sich eine stark blutende, orangengroße Geschwulst entwickelt hatte, die durch Operation und nachfolgende Bestrahlungen zur Heilung gebracht wurde. Traumatische Reizungen der Zysten scheinen die maligne Entartung zu begünstigen, so daß bei wachsenden Zysten Entfernung angezeigt ist. E. Levin-Berlin.

Chemical Analysis of Sweat. A Further Study (Chemische Analyse des Schweißes. Eine weitere Studie), von R. E. Barney-Ann. Arbor. Mich. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 22, S. 1827.) Vergleichende chemische Untersuchungen des Schweißes ergaben, daß bei sämtlichen untersuchten Ekzemfällen eine Herabsetzung der Chlor- und Stickstoffausscheidung feststellbar war. Es scheint dies für eine gewisse Rolle dieser Elemente bei der Ekzementstehung zu sprechen. B. Peiser-Berlin.

Haare und Nägel

Zur Behandlung pathologischen Haarausfalls mit Solarson, von Dieckhoff-Allenstein, Ostpr. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 3, S. 143.) Mitteilung eines Falles; seit 16 Jahren an Lungentuberkulose leidende Frau; nach Totalexstirpation des Uterus rasch zunehmender, intensiver Haarausfall. Unter der Solarsonkur kräftig einsetzender Haarwuchs bis zur völligen Behaarung des Kopfhaut. M. Cohn-Dresden.

Dermatomykosen

Über die durch den Kaufmann-Wolffschen Pilz hervorgerufenen Hauterkrankungen der Hände und Füße mit besonderer Berücksichtigung der Dishidrosis sicca lamellosa, von A. Alexander, Derm. Abt. städt. Krkh. Charlottenburg. (M. Kl., 1927, Nr. 8, S. 275—278.) Der Kaufmann-Wolffsche Pilz ist ein Spezialtyp aus der großen Gruppe der Epidermophyten, alle durch ihn hervorgerufenen Handteller- und Fußsohlenerkrankungen haben außerordentlich zugenommen, was vielleicht mit dem durch vermehrtes Baden häufigeren gemeinschaftlichen Gebrauch von Strohsandalen zusammenhängt. Zur Behandlung muß mit den Mitteln (Schwefelsalben, weiße Präzipitatsalbe, Jodtinktur), die im einzelnen Falle sehr verschieden wirken, unter Umständen gewechselt werden. Eine besondere Form stellt die im Sommer gehäuft auftretende Dyshidrosis sicca lamellosa dar, die mit anderen Läsionen trichophytischer Natur vergesellschaftet sein kann. Hierbei findet man auch in sehr charakteristischen Fällen den Pilz an den Händen gewöhnlich nicht, was vielleicht durch die dauernd wiederholte Abschilferung der Epidermis zu erklären ist. E. Levin-Berlin.

Essai sur l'emploi du quinosol dans la thérapeutique des épidermophyties (Bemerkungen über die Verwendung von Chinosol zur Behandlung von Epidermophytien), von Lortat-Jacob und C. Bidault. (Presse méd., 1927, Nr. 4, S. 49.) Das Chinosol übt, wie Verff. aus einer größereren Reihe von interessanten Untersuchungen entnehmen, auf niedere Pilzarten (z. B. Thamnidium elegans Link, Penicillium crustaceum, Monilia candida usw.) im allgemeinen nur eine wachstumshemmende, keine abtötende Wirkung aus; dagegen wirkt dasselbe, in therapeutisch verwendbarer Konzentration angewandt, abtötend auf Trichophyton acuminatum, T. gypseum, auf Microsporon felineum und Achorion Schönleinii, nicht aber auf Epidermophyton inguinale, das sich ja auch in botanischer Hinsicht anders als die vorigen verhält. Bei klinischer Anwendung erwies

Digitized by Google

sich aber das Chinosol nicht nur gegen die ersteren, sondern auffallenderweise auch gegen das letztere prompt wirksam. Gebraucht wurde eine Lösung: R. Chinosol 0,5—1,0, Solve in Aqua cocta 150,0, adde Spirit. vin. (90%) 50,0, Glyzerin 20,0, und eine Creme: R. Chinosol 0,5, Aq. coct. 5,0, Lanolin 25,0, Vaselin 70,0.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Erfahrungen mit dem antitoxischen Scharlachserum, von N. Lunin-Leningrad. (D. m. W., 1927, Nr. 11, S. 451.) Verf. hat 100 Patienten behandelt, 6 davon sind gestorben. In allen Fällen wurde nach der Seruminjektion folgende Wirkung beobachtet: Die Temperatur fiel kritisch, lytisch oder stufenweise. Das Allgemeinbefinden und das Nervensystem wurden günstig beeinflußt. Bewußtseinsstörung, Kopfschmerz, ikterische Verfärbung der Haut und Zyanose ließen rasch nach. Je früher das Serum injiziert wurde, desto besser war das Resultat. In 31 Fällen wurde Serumkrankheit beobachtet, und zwar 22mal als Urtikaria, 5mal als masernähnlicher Ausschlag und 4mal als Erythema multiforme. Auf die septische Form des Scharlachs, auf Komplikationen, deren Entstehung und Ausbreitung hat das Serum keinen Einfluß. Eine Wiederholung der Injektion nach Versagen der ersten kann noch gute Resultate geben.

F. Harry-Wiesbaden.

Zum Scharlachproblem, von Brumthaler und Wülffing-Hildesheim. (D. m. W., 1927, Nr. 11, S. 450.) Verff. empfehlen, der gefährdeten Umgebung zur Prophylaxe und Rekonvaleszenten zur Abkürzung der Isolierdauer Panflavintabletten als orales Desinfiziens zu verabreichen. F. Harry-Wiesbaden.

Scharlachstudien, von H. Buschmann. (Arch. f. Kindhlk., 1927, Bd. 80, H. 2, S. 88.) Sechs Kinder mit positiver Dickreaktion wurden mit römischer Originalvakzine geimpft. Diese Kinder reagierten nach 15 Wochen Dick-negativ und ihr Serum gab ein sehr deutliches Auslöschphänomen. Mit römischer Leervakzine geimpfte Kinder ließen diesen Umschlag vermissen. Bei 8 mit Seren und Vakzinen geimpften Kindern trat kein dauernder Umschlag ein, während bei 2 mit polyvalenter Streptokokkenvakzine geimpften Kindern die Dickreaktion dauernd negativ wurde. Von 10 nicht geimpften Kindern reagierten 8 dauernd positiv, während 2 nach der 5. bzw. 6. Dickprobe ins Negative umschlugen. R. Ley-Kreuznach.

Beiträge zur Dickschen Impfung, von St. Heller-Hodmezövásárhely, Ungarn. (M. Kl., 1927, Nr. 9, S. 320—321.) Nach den Untersuchungen von Dick scheint der Krankheitserreger des Scharlach und das spezifische Toxin gefunden zu sein. Es gelingt dadurch, die Scharlachempfänglichkeit des Individuums festzustellen, eine aktive Immunisierung (besser bei älteren als bei jüngeren Kindern) zu bewirken und eine die bisherigen Methoden weit übertreffende Heilwirkung auszuüben. E. Levin-Berlin.

Studies in Scarlet Fever. I. The Dick Test (Scharlachstudien. I. Die Dick-Probe), von J. A. Toomey, S. Braun und I. Halperin-Cleveland. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 2, S. 197—203.) Die Dick-Probe ist die beste Methode zum Nachweis der individuellen Immunität oder der Empfänglichkeit für Scharlach, Pseudoreaktionen kommen bei den Kontrollen kaum vor, wenn das Kontrolltoxin 20 Minuten erhitzt wird; die in einer geringen Zahl von Fällen vorkommenden schwinden innerhalb 24 Stunden.

E. Levin-Berlin.

Rubeola gravis, von P. Zadik-Hamburg. (D. m. W., 1927, Nr. 10, S. 412.) Ein 4jähr. Knabe, der vor $1^1/_2$ Jahren typische Masern durchmachte, erkrankte plötzlich mit 40,2° Temperatur, Erbrechen und delirierte. Pupillen weit, lichtstarr, Leib eingezogen, Knie gebeugt, Zähneknirschen, Flockenlesen, Kernig beiderseits, rechts Babinski und Oppenheim positiv. Urin wird unter sich gelassen, Kopf steif rückwärts gehalten. Am nächsten Tage 38.3°, Kind saß spielend im Bett. Am 3. Tage Temperaturanstieg und gleichzeitig erschien ein typisches Rubeolaexanthem am Rücken, Gesäß und Streckseiten der Oberarme. Verf. vermutet einen direkten Zusammenhang der Affektion mit der flüchtigen Meningitis und bezeichnet den Fall als Rubeola gravis. F. Harry-Wiesbaden.

„Die vierte Krankheit" — Rubeola scarlatinosa, von C. Fervers-Mühlheim b. Kobl. (M. m. W., 1927, Nr. 7, S. 283.) Beobachtung einer kleinen Epidemie bei Kindern von 3—9 Jahren. Keine Prodrome. Fieber 38—39° bereits 1 Tag nach Auftreten des Exanthems. Dieses selbst ist scharlachähnlich über Gesicht, Rumpf und Extremitäten ausgebreitet. Mittelstarke Angina und geringe Lichtscheu. Zunge belegt, jedoch nach Abstoßung des Belages nicht himbeerrot. Keine Beteiligung der Bronchen. Ab-

Digitized by Google

blassung nach 2—3 Tagen, danach ebenso lange „kleienförmige" Abschuppung besonders der bedeckten Körperstellen. Schneller Rückgang der Angina und zunehmender Appetit. Nach 3—5 Tagen Heilung. Als einzige Komplikation vorübergehende Herzschwäche.
H. Colman-Berlin.

Einige Worte der Erwiderung an Herrn Prof. Sahli in Sachen Neounitarismus, von Tièche. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 7, S. 154—156.) T. bleibt auch nach den neuerlichen Darlegungen von Sahli auf seinem Standpunkt, daß dessen Beobachtungen in Bern nicht für den Übergang von Varizellen in Variola verwertet werden können, und daß der Neounitarismus abzulehnen ist. E. Levin-Berlin.

Die nervösen Komplikationen der Varizellen, Variola und Vakzine, von E. Glanzmann-Bern. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 7, S. 145—154.) Dem Varizellenvirus kommen unter Umständen neurotrope Wirkungen zu, die sich in zerebralen Komplikationen äußern (Meningitis, Großhirnenzephalitis, Ophthalmoplegie, akuter zerebraler Tremor, zerebellare Ataxie, Myelitis, Polyneuritis, Neuritis optica). Diese nervösen Komplikationen treten fast regelmäßig 5—15 Tage nach dem Ausbruch der Varizellen auf; im Gegensatz zu anderen Infekten besteht zwischen ihnen und der Schwere und Intensität der Hauteruption keine Beziehung. Der Verlauf ist meist ein gutartiger. Das Zustandekommen kann man sich durch einen phasenartigen Verlauf des Immunitätszustandes erklären; infolge dessen der Organismus sich zu der fraglichen Zeit in einem Zustande der Überempfindlichkeit befindet, in dem zurückgebliebene Reste von Varizellenvirus nunmehr am Nervensystem angreifen. Ähnliche nervöse Komplikationen, zu denen sich noch als besonderes Symptom aphasische Störungen gesellen, finden sich auch bei den Pocken, was im Sinne der Lehre vom Neounitarismus von Sahli verwertet werden kann. Der Eintritt ist hier nicht an einen bestimmten Termin gebunden, die Prognose ist weniger gut. Diese Komplikationen bei Varizellen und Variola lassen die in neuerer Zeit nach Impfungen mit Variolavakzine beobachteten nervösen Komplikationen nicht so unerklärlich erscheinen. Es finden sich hier seröse Meningitis, Enzephalitis mit verschiedenartigen Erscheinungen (Hemiplegie oder Hemiparese bzw. Trismus und tetanusähnliche Erscheinungen bzw. Somnolenz und Augenmuskellähmungen, Fazialisparese [an E. lethargica erinnernd] bzw. Erbrechen, Somnolenz, Konvulsionen), Enzephalomyelitis disseminata mit meningealen Erscheinungen. Die Erscheinungen treten immer um den 10. Tag nach der Impfung auf, was für einen kausalen Zusammenhang mit der Impfung spricht, wenn auch die Möglichkeit, daß es sich bei den so erkrankten Personen um Enzephalitis- oder Herpesvirusträger handelte, nicht ganz ausgeschlossen werden kann. Im ganzen wäre die Ansicht auszusprechen, daß es sich bei den zerebralen Komplikationen der Varizellen, Variola und Vakzine um lokale anaphylaktische Vorgänge handelt, die sich im Zentralnervensystem abspielen; die nervösen Komplikationen der Vakzine würden damit den üblen Zufällen der Serumtherapie vergleichbar sein. E. Levin-Berlin.

Zur Ätiologie der postvakzinalen Enzephalitis, von R. Kraus-Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 6, S. 185.) Im Anschluß an frühere experimentelle Untersuchungen und zwei neue Beobachtungen von zerebralen Erkrankungen im Anschluß an die Vakzination schließt Verf., daß Vakzinevirus im Gehirn der an postvakzinaler Enzephalitis gestorbenen Kinder nicht vorhanden war, also Vakzinevirus die Enzephalitis nicht hervorgerufen hat. Gleiche Beobachtungen liegen aus Holland und anderen Orten vor. Es handelt sich demnach um Aktivierung eines latenten Virus durch verschiedene Momente oder durch ein anderes Virus. Ferner legt Verf. Wert darauf, daß die Vakzination im 1. Lebensjahr stattfindet, da die postvakzinale Enzephalitis hauptsächlich bei schulpflichtigen Kindern gesehen wurde. Kutane Reaktionen zu vermeiden wäre wichtig, und durch sub- oder intrakutane Impfung zu ersetzen. Verf. ruft das hygienische Komitee des Völkerbundes zu einer internationalen Konferenz über diese Fragen auf.
M. Cohn-Dresden.

Neuro-variole et dermo-variole, von R. Biglieri. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 27, S. 806.) Das Variolagift behält nach mehrfacher intrazerebraler Übertragung die Wirksamkeit durch 9 Monate bei Eisaufbewahrung. Im Hoden erhält sich die Virulenz noch länger. Variolakrusten mit Glyzerin verrieben können ihre Virulenz mehr als 11 Monate erhalten, manchmal aber nur 1—3 Monate. Die korneale Infektion ruft bei Kaninchen eine Immunisierung des Nervensystems und der Haut hervor. Blutserum eines mit variolisiertem Gehirn infizierten Tieres macht das Virus unwirksam; Einspritzungen von Nervensubstanz eines durch zerebrale Inokulation immunisierten Tieres hindern die Kutaninfektion. F. Winkler-Wien.

Digitized by Google

Lepra

Nouvelles réactions sérologiques dans la lèpre. (Neue serologische Reaktionen bei der Lepra), von M. C. Rubino. (Cpts. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 3, S. 225.) Hammelblutkörperchen werden mit 0.85%iger Kochsalzlösung gewaschen, 10% des Anfangsvolumens Formol hinzugefügt, 24 Stunden bei Zimmertemperatur stehengelassen, wenigstens 4mal mit Kochsalzlösung gewaschen, auf das Doppelte verdünnt. Hiervon wird 1 ccm mit 1 ccm Serum durchgeschüttelt, dann bei 37° nach einer Stunde abgelesen. Negatives Resultat: die roten Blutkörperchen setzen sich glatt ab. Positives Resultat: es entsteht eine sich schnell verstärkende Flockung, die Blutkörperchen bilden zum Schluß eine zusammengeballte Masse am Grund des Glases. Das Serum darf nicht länger als vor 24 Stunden entnommen sein und wird bei 56° 30 Minuten inaktiviert. Bei Ansetzen der Reaktion darf das System nicht wärmer als 37° sein. Verfeinerungen sind zu erreichen durch Verminderung der Menge des Serums oder der Hammelblutsuspension. Bei 153 Leprösen fiel die Reaktion 113mal positiv aus, bei 300 andern Kranken nur 7mal. A. Blüth-Hamburg.

De l'accélération de la sédimentation sanguine au cours de la lèpre. (Über Beschleunigung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit im Verlauf der Lepra), von A. Gilbert, A. Tzanck und Cabanis. (Cpts. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 94, Nr. 12, S. 837.) Bei 6 Leprösen wurde eine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit festgestellt, die bei akuten Schüben der Krankheit bedeutend stärker ist als bei stationären chronischen Fällen. A. Blüth-Hamburg.

About a Lipoklastik Pancreas Hormon and its Influence Upon Tuberculosis and Lepra. (Über ein lipoklastisches Pankreashormon und seinen Einfluß auf Tuberkulose und Lepra), von P. H. Pock-Steen und G. E. Tuxen-Kopenhagen. (Acta Tuberculosa Scand., 1926, Bd. 2, H. 3, S. 256.) Es gelang, aus dem Pankreas ein Lipasen aktivierendes Sekret rein zu gewinnen, welches Javanin genannt wird. Es ist thermostabil und nicht toxisch bei subkutaner Einverleibung. Es bewirkt, wie die beigegebenen Tabellen zeigen, einen erhöhten Fettzerfall und relative Lymphozytose. An Hand von kurzen Krankengeschichten wird festgestellt, daß bei tuberkulösen Laboratoriumstieren und Pat. mit Tuberkulose und Lepra bemerkenswerte Besserungen durch Javanininjektionen erzielt wurden. A. Blüth-Hamburg.

Über die Behandlung der Lepra mit Krysolgan, von A. Kupffer-Kuda (Estland). (M. Kl., 1927, Nr. 10, S. 364—365.) Das Krysolgan ist bei der Leprabehandlung von besonderem Werte, weil es eine vorzügliche Wirkung auf die Augenerkrankungen der Leprösen ausübt. Auch Haut- und Schleimhautleprome kamen zur Rückbildung. Dosierung: 0,001—0,01—0,02 in Pausen von erst 14, dann 8 Tagen. Allgemeine und Herdreaktionen. E. Levin-Berlin.

Orthopedic Problems in Leprosy. (Orthopädische Probleme bei Lepra), von P. H. Mc. Ilhenny-New Orleans. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 23, S. 1888.) Massage, Wechselbäder und Übungen bei Kontrakturen, ultraviolette und Tiefenbestrahlung bei Nervenschmerzen, Ulzerationen und Knochennekrosen. Diathermie ist auf anästhetischen Bezirken mit Vorsicht anzuwenden. Sehr gute Resultate. A. Blüth-Hamburg.

Tuberkulose

Untersuchungen über die Serodiagnose der Tuberkulose nach Neuberg-Klopstock im Vergleich mit der Besredka-Methode, von L. Rabinowitsch-Kempner, Bakt. Abt. Moabit-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 7, S. 267.) Beide Methoden haben sich als völlig zuverlässig und exakt erwiesen. Das von Neuberg-Klopstock empfohlene Antigen und die von ihnen angegebene Technik bedeuten einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete der Serodiagnostik der Tuberkulose. Verf. empfiehlt, die Komplementablenkung mit Besredka- und Neuberg-Klopstock-Antigen mit der von Neuberg-Klopstock angegebenen vereinfachten Technik auszuführen. Widerspricht der Ausfall der Reaktion dem klinischen Bild, so ist die Reaktion zu wiederholen, ev. wäre das Serum noch nach der Originalmethode von Besredka mit abgestuften Komplementmengen zu untersuchen.
F. Harry-Wiesbaden.

Aktive Immunisierung gegen Tuberkulose durch intrakutane Einreibung virulenter Tuberkelbazillen, von A. Moeller-Berlin. (Ztschr. f. Tbk., 1927, Bd. 47, H. 1, S. 8.) In die Haut eingeriebene virulente Tuberkelbazillen sind durchweg nach 5—6 Tagen verschwunden; Technik ungefähr wie bei der Pockenimpfung. Ambulante

Digitized by Google

Behandlung, kein Fieber oder sonstige Reaktion. Der Hautprozeß bleibt lokalisiert und heilt glatt ab, nicht einmal Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Nach guten Resultaten bei offenen und geschlossenen Tuberkulosen wurden auch tuberkulosegefährdete Fälle in Behandlung genommen, die Verf. nach einjähriger Beobachtung als die ersten mit vollvirulenten Tuberkelbazillen gegen Tbc. schutzgeimpften Menschen betrachtet.
M. Cohn-Dresden.

Grundlagen und Aussichten der Tuberkuloseschutzimpfung, von H. Langer-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 10, S. 351—353.) Die Tuberkulosedurchseuchung der Kinder stellt eine Schutzimpfung der Natur gegen die Phthise der Erwachsenen dar, fordert jedoch große Opfer, deshalb kann man auch nicht versuchen, künstlich mit lebenden virulenten Tuberkelbazillen zu immunisieren. Es gelang jedoch mit abgetöteten Tuberkelbazillen, durch Verwendung eines aus ganz jungen Tuberkelbazillen bestehenden Impfstoffes regelmäßig die allergische Umstimmung wie mit Tuberkulin zu erzeugen und eine Tuberkuloseimmunität zu bewirken. Diese ist ein aus der Wechselwirkung des Organismus und der eingeführten Tukerkelbazillen sich ergebender Reizzustand; sie erlischt, wenn durch Heilung, Resorption bzw. Ausscheidung der Tuberkelbazillen die Wechselwirkung zum Stillstand kommt. Die praktischen Versuche an gefährdeten Säuglingen scheinen die Wirkung der Schutzimpfung zu bestätigen. E. Levin-Berlin.

Injection Treatment of Localised Tuberculous Lesions. With Special Reference to Calot's Preparations (Injektionsbehandlung lokalisierter tuberkulöser Krankheitsherde. Mit besonderer Berücksichtigung der Calotschen Präparate), von R. Pollok. (Brit. m. J., 1927, Bd. 212, Nr. 5396, S. 224.) Die Calotsche Flüssigkeit (Olivenöl 70, Äther 30, Kreosot 5, Guajakol 1, Jodoform 10) eignet sich vorwiegend für kalte Abszesse; die Calotsche Paste (Phenolkampfer 3, Naphtholkampfer 3, Guajakol 8, Jodoform 10, Lanolin 150, Walrat 100) für Knochenprozesse. Die gleiche Behandlung wird auch für tuberkulöse Geschwüre und Gelenke empfohlen. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Treatment of Tuberculosis by Sanocrysin (Behandlung der Tuberkulose mit Sanokrysin), von R. Philip. (Edinburgh m. J., 1927. Neue Serie Bd. 34, Nr. 3. S. 121 bis 126.) Bericht über Behandlung einer Reihe von Fällen von Lungen- und Drüsentuberkulose, Tuberkulose des Harn-Genitalsystems, Lupus, in denen im allgemeinen gute Erfolge erzielt wurden, von denen es jedoch noch nicht sicher ist, ob es sich um Dauererfolge handelt. Bei gleicher Dosis waren die Erfolge oft ohne nachweisbaren Grund sehr verschiedengradige. Es wurde mit 0,5 begonnen und auf 1,0 gestiegen und bei durchgeführten Kuren 5—8 Einspritzungen in Pausen von 3—7 Tagen verabfolgt; die Zwischenpausen und die Höhe der Dosis müssen nach dem Erfolg der voraufgegangenen Einspritzung abgestuft werden. Nebenerscheinungen (Temperatursteigerungen, Hautausschläge) traten im Gegensatz zu Tuberkulin weniger nach der ersten Einspritzung als nach den folgenden auf, Magen-Darmerscheinungen waren ziemlich häufig und Albuminurie fast die Regel, jedoch, abgesehen von vereinzelten granulierten Zylindern, ohne sonstige Zeichen von Nephritis. Die Herderscheinungen sind, wie sich besonders beim Lupus zeigt, geringer als bei Tuberkulin. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung des Lupus mit Sanocrysin, v. J. Callenberg, Hautabt. Josephs Krkhs. Horst-Emscher. (D. m. W., 1927, Nr. 10, S. 410.) Verf. hat 9 Lupus-Fälle und 2 Fälle von Lupus erythematodes behandelt. In keinem Fall wurde ein Erfolg erzielt. F. Harry-Wiesbaden.

Ambulatorische Lupusbehandlung, von Axmann-Erfurt. (M. m. W., 1927, Nr. 9, S. 366.) Der Verf. bricht eine Lanze für die ambulatorische Lupusbehandlung im Gegensatz zur stationären Behandlung. Er empfiehlt besonders das Pyotropin. Zum Schlusse seiner Arbeit hält er es für ratsam, nicht wenige große Lupusheilstätten zu errichten, sondern viele kleine mit wenig Betten, die aber mit modernstem Gerät eingerichtet sein müssen, um eine schnelle Abfertigung und baldige Möglichkeit der Rückkehr zur Arbeit zu ermöglichen. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Syphilis

b. Pathologie und Klinik

The Biological Features of Syphilis (Die biologischen Vorgänge bei der Syphilis), von Harry P. Jacobson-Los Angeles. (M. J. and Record., 1927, Bd. 125, Nr. 1, S. 18—22.) Nichts Neues. E. Levin-Berlin.

Syphilis und das Messer des Chirurgen, von Agronik. (Klinitscheskaja Medicina, 1927, Bd. 5, Nr. 3.) Drei Fälle von lange unerkannter Syphilis, welche beinahe operiert worden wären. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Analysis of a Series of Cases of Cardio-Vascular Syphilis (Analyse einer Reihe von Fällen von Syphilis des Herzens und der Gefäße), von H. L. Heimann-London. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3447, S. 133.) Beobachtung von 105 Fällen im Laufe von etwa 4 Jahren. Das Alter der Kranken erstreckte sich von 22—71 Jahren mit einem Durchschnitt von 48, 97 Männer, 8 Frauen. Hinsichtlich Latenzperiode, Geschlecht und Alter der Pat. zeigte das Leiden ein analoges Verhalten wie die Tabes dorsalis. Meistens ist der Krankheitsverlauf, sobald einmal typische Symptome hervorgetreten sind, ein rapider. Die häufigsten Anfangssymptome sind: Kurzatmigkeit, Schmerz in der Herzgegend, weniger oft Schwindel oder Herzklopfen. Trotz der häufig vorhandenen Verdickung der oberflächlichen Arterien steigt der Blutdruck selten über 150 mm Hg. Erhebliche Vergrößerung des Herzens kommt sehr häufig vor, auch ohne Klappeninsuffizienz und bei niedrigem Blutdruck. Die syphilitische Entartung des Myokards kommt auch ohne Klappenaffektionen vor. Häufig leichte Albuminurie. Die Erkennung des Zustands schon im latenten Stadium ist von großer Wichtigkeit, da die Prognose bei ausgesprochenen Erscheinungen entschieden ungünstig ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kongenitale Lues, von A. Buschke und M. Gumpert, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 6, S. 263.) Verff. besprechen unter kritischer Würdigung der Arbeiten zahlreicher anderer Verff. die verschiedenen Probleme der kongenitalen Lues. Zunächst gehen sie auf die zahlreichen diagnostischen Untersuchungen der frühen und späten kongenitalen Lues ein, so z. B. auf die serologische Untersuchung, Röntgenuntersuchung der Knochenveränderungen, Bedeutung der Zahnanomalien. Am wichtigsten an dem ganzen Problem ist die Prophylaxe. Eine außerordentliche Rolle spielt die frühe Erkennung der Lues der Mutter. Die Vornahme der serologischen Untersuchung bei jeder Schwangeren ist durchaus berechtigt. Eine nicht genügend beachtete diagnostische Hilfsmethode ist die Drüsenuntersuchung. Die Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lues ist in keiner Weise gesetzlich zu verantworten, und nach eugenetischen Gesichtspunkten, die gerade bei der Lues in Frage kommen könnten, kann heute nicht entschieden werden. Immerhin gibt die ausreichende Behandlung der luetischen — auch der latent-luetischen — Schwangeren eine gewisse Gewähr für das Kind. Die Immunitätsgesetze — materne und paterne Übertragungsfragen — werden eingehend besprochen. Bezüglich der Behandlung der Schwangeren wird, was das Salvarsan betrifft, zur Vorsicht gemahnt, weniger wegen des Kindes, obwohl eine Reihe von Abortierungen durch Salvarsan bekannt sind, als wegen der Folgen für die Mutter. Mit Wismut haben die Verff. meistens gute Resultate erzielt. Bezüglich der Behandlung des kongenital-syphilitischen Säuglings verweisen die Verff. auf die an der Klinik übliche Kinder-Wismutbehandlung, deren Resultate sehr zufriedenstellend sind. Schwer läßt sich etwas Näheres, wenigstens an unserm Material, über das weitere Schicksal der kongenital-syphilitischen Säuglinge sagen. Sehr wichtig ist der weitere Ausbau der fürsorgerischen Betreuung der kongenital-luetischen Kinder. Anhangsweise werden interessante Erhebungen über das Schicksal von Paralytikerkindern mitgeteilt. Es stellte sich dabei heraus, daß der größte Teil erscheinungsfrei ist. Nicht jedes Kind syphilitischer Eltern muß krank sein. E. Langer-Berlin.

Veränderungen des Blutes bei Syphilis des Zentralnervensystems, von Model und Gogower. (Moskowski Medicinski Journal, 1926, Nr. 12.) Bei der Neurolues erleidet das Blut eine Reihe von Veränderungen, welche sowohl die weißen als auch die roten Blutkörperchen betreffen. Die morphologischen Veränderungen des Blutes können neben anderen Untersuchungsmethoden als Hilfsmethode für die Diagnose herangezogen werden. In 70% aller Fälle von Neurolues beobachteten die Verf. eine beschleunigte Senkungsgeschwindigkeit. Aus dieser kann einerseits auf die Intensität des pathologischen Prozesses, andererseits auf die Wirkung der Behandlung auf den letzteren geschlossen werden. Ferner wird bei den syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems eine Verminderung der Resistenz der roten geformten Elemente beobachtet.
A. Jordan-Moskau.

Fraktur der Unterarmknochen kompliziert durch ein Gumma, von Baikow. (Moskowski Medicinski Journal, 1926, Nr. 12.) Bei einem 40jähr. Mann entwickelte sich im Anschluß an einen Unterarmbruch eine typische, gummöse Ostitis. Der Kranke verneinte Lues. Die Untersuchung desselben ergab aber Tabes dorsalis, Aortenaneurysma, positive WR und Besserung der Erscheinungen unter einer spezifischen Behandlung.
A. Jordan-Moskau.

Metasyphilis und Fehlen vorausgegangener Hauterscheinungen, von F. Bruck-Berlin-Schöneberg. (M. m. W., 1927, Nr. 5, S. 196.) Sowohl mangelhafte wie intensive antisyphilitische Behandlung findet sich in der Anamnese von Metasyphilitikern. Ge-

Digitized by Google

meinsam in beiden Fällen, das eine Mal als Ursache der Nichtbehandlung, das andere Mal als Folge intensiver Therapie, ist das Fehlen syphilitischer Hauterscheinungen.
M. Cohn-Dresden.

Zur Syphilisimmunität der Paralytiker, von F. Jahnel und J. Lange-München. (M. m. W., 1926, Nr. 45, S. 1875.) Beim Menschen, speziell beim Paralytiker, besteht offenbar eine Panimmunität gegen die verschiedenen Syphilisstämme nach Infektion mit einem derselben. Diese erstreckt sich sogar auch auf die Framboesie, während beim Kaninchen die Syphilisimmunität nicht so polyvalent zu sein scheint.
H. Lewinsky-Berlin.

c. Ätiologie und Diagnose

Zur Frage der Biologie der Spirochaeta pallida, von E. Rukawischnikow. (Journal zur Vervollkommnung der Ärzte [Russisch], 1926, Nr. 11.) Gute Übersicht, ohne Neues zu bringen.
A. Jordan-Moskau.

Are there Immunologic Strains of Spirochaeta Pallida? (Gibt es immunologische Stämme der Spirochaeta pallida?), von J. A. Kolmer, D. Wilkes-Weiss, U. C. E. Richter-Philadelphia. (J. of Infect. Dis., 1926, Bd. 38, Nr. 4, S. 378.) Verff. kultivierten sechs Stämme der Spir. pall. nach vorangegangener mehrfacher Tierpassage und erzielten genügend Material zur Immunisierung von Kaninchen, zur Anstellung der Kolmerschen Komplementbindungsreaktion und einiger Agglutinationen; Spir. cuniculi wurde ausgeschlossen. Hierbei konnte durch das Kaninchenexperiment festgestellt werden, daß die Lokalisation der Spir. pall. und der Verlauf der Erkrankung einerseits abhängig ist von der Virulenz und Art der Impfung, andererseits von der Empfänglichkeit des Individuums und dem Grade der Abwehrkräfte. Bei den Versuchen wurde kein Anhaltspunkt für das Vorhandensein verschiedener Stämme der Spir. pall. gefunden.
S. Habermann-Prag.

Beiträge zu den anatomischen Hirnveränderungen syphilitischer Kaninchen und zur Frage der „Neurotropie", von S. Bergel, Pharm. Univ.-Inst. Berlin. (Zsch. f. d. ges. exper. M., 1926, Bd. 53, H. 3/4, S. 587.) Bei syphilitischen Tieren ließen sich mikroskopisch neben einer lymphozytären Infiltration der weichen Hirnhäute Ansammlung von Lymphozyten in den Gefäßen sowie Auswanderung aus denselben und dichte lymphozytäre Infiltrationen bzw. Exsudationen in den Plexus chorioidei bzw. in den von ihnen durchzogenen Hohlräumen, die mit dem Liquor kommunizieren, feststellen. Zwischen Infiltrationen der Pia und um die Plexus bestand ein kontinuierlicher Zusammenhang. Ferner konnte Verf. die gleiche Granulombildung im Gehirn, wo sie nach intratestikulärer Überimpfung von Paralytikergehirn beim Kaninchen beobachtet worden ist, durch intratestikuläre oder intraperitoneale Impfung mit einem Spirochätenstamm (Truffi), der zugleich starke Hodensyphilome hervorrief, erzielen. Über die Natur dieser Veränderungen läßt sich vorläufig nichts Bestimmtes erweisen. Bezüglich der Neurotropie des Virus glaubt Verf., daß wohl eine gewisse Änderung der Spirochäte anzunehmen ist, aber nicht eine von vornherein bestehende und unabänderliche, sondern eine durch verschiedene Ursachen bedingte wandelbare Abart der gleichen Spirochaeta pallida. Dabei spielt wahrscheinlich die Stärke der lymphozytären Reaktion mit ihrer Wirkung auf die Spirochäten eine große Rolle.
B. Peiser-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen zur Frage der chemotherapeutischen Ausheilung der Kaninchensyphilis, von P. Uhlenhuth und H. Großmann, Hyg. Univ.-Inst. Freiburg i. Br. (D. m. W., 1927, Nr. 7, S. 265.) In keinem Falle gelang es, durch Überimpfung von Organen (Leber, Milz, Knochenmark) und Drüsen behandelter Tiere eine Hodenerkrankung bei gesunden Tieren zu erzeugen, auch dann nicht, wenn Popliteadrüsen sekundär weitergeimpft wurden. Dagegen erkrankten sämtliche mit Organen und Drüsen geimpften aber unbehandelten Tiere. Die Behandlung der Tiere erfolgte in allen Fällen später als 90 Tage nach der Impfung, und zwar mit drei Injektionen von 0,1 Neosilbersalvarsan pro Kilo bzw. 0,06 und 0,1 g atoxylsaurem Wismut pro Kilo. Die Versuche ergeben somit, daß die Reinfektionsmethode zum Nachweis der Heilung oder Nichtheilung bei spätbehandelten Tieren nicht mit Sicherheit zu verwerten ist.
F. Harry-Wiesbaden.

Beiträge zur experimentellen Syphilisforschung. D. Das Syphilisheilserum von Dr. Quéry-Paris, von P. Manteufel, A. Richter und W. Worms, Reichsgesundheitsamt Berlin-Dahlem. (D. m. W., 1927, Nr. 11, S. 435.) Quéry-Serum verhält sich im Therapieversuch bei experimenteller Kaninchensyphilis nicht anders als normales Pferdeserum. Demgemäß vermag es weder im frühesten Inkubationsstadium noch im Stadium

Digitized by Google

der Primärerscheinungen, noch bei latenter Drüseninfektion irgend welchen Einfluß auf die Heilung auszuüben. Die Seroreaktion verhielt sich bei behandelten und unbehandelten Tieren gleich. Der Übergang der manifesten Infektion in ein latentes Stadium der Drüseninfektion ließ sich durch die Serumbehandlung nicht verhindern.

F. Harry-Wiesbaden.

Studien über das experimentelle Rückfallfieber, von R. Strempel und G. Armuzzi, Univ.-Hautkl. Bonn. (Kl. W., 1927, Nr. 5, S. 200.) Verff. konnten zunächst feststellen, daß die in Organstückchen subkutan auf Ratten und Mäuse überimpfte Rekurrensspirochäte sich nicht in diesen vermehrt, sondern rasch in das umgebende Hautgewebe übergeht und hier in allen Schichten schon 15 Stunden p. inf. nachweisbar ist. Sie dringt dabei in alle Bindegewebs- und Muskelfasern, Fibroblasten, Epithelien, Endothelien ohne Bevorzugung der Blut- und Lymphgefäße ein. Einer Phagozytose als Schutzfunktion kommt in diesem Stadium keine Bedeutung zu. In Organstückchen, die Immunmäusen subkutan eingeimpft werden, gehen die Rekurrensspirochäten sehr schnell zugrunde. Nach 48 Stunden sind sie nicht mehr nachweisbar. Die Rekurrensspirochäten dringen während der verschiedenen Stadien aus dem Blutkreislauf in die verschiedenen Organe ein ohne besondere Bevorzugung einzelner Organe. Dabei dringen sie aktiv in die Zellen ein, ohne daß sich eine phagozytäre Funktion der befallenen Zellen feststellen läßt. Degenerationsformen finden sich vor allem in den roten Blutkörperchen, in Milz- und Leberzellen. Auch im Hirnparenchym lassen sie sich in allen Stadien nachweisen. In der Immunperiode konnten die Verff. ihr Vorhandensein im Hirnparenchym nur durch den Impfversuch bestätigen. Etwaige Veränderungen der Spirochäten im Gehirn wurden nicht beobachtet.

E. Langer-Berlin.

d. Serologie

Nochmals zur Frage der Entstehung und des Wesens der syphilitischen Blutveränderung, von H. Sachs und A. Klopstock, Inst. f. exper. Krebsforschg. Heidelberg. (D. m. W., 1927, Nr. 10, S. 394.) Verff. haben den endgültigen Beweis erbracht, daß man mit arteigenen alkoholischen Organextrakten in Kombination mit Schweineserum beim Kaninchen Lipoidantikörper erzeugen kann, deren Reaktionsfähigkeit derjenigen des syphilitischen Blutserums entspricht. Demnach ist die syphilitische Blutveränderung als Folge einer Immun- oder Antikörperreaktion aufzufassen. Ob das auslösende Agens der Lipoidantikörperreaktion Organ- oder Spirochätenlipoide sind, kann vorerst noch nicht entschieden werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Über Komplementbindung mit aktiven Seren, von I. Berger-Budapest. (Kl. W., 1927, Nr. 6, S. 260.) Während bei der serologischen Luesdiagnose die Aktivmethoden bezüglich positiver Resultate nicht so zuverlässig verwertbar sind wie die Inaktivmethoden, ist es bei negativen Resultaten umgekehrt. Ein negativer Ausfall der Reaktion mit aktivem Serum ist wertvoller als ein solcher mit inaktivem Serum. Es schließt ein negatives Resultat mit absoluter Sicherheit Lues aus und gibt bei überstandener Lues ein sicheres Kriterium für die Heilung.

E. Langer-Berlin.

L'état actuel des méthodes employées pour le sérodiagnostic de la syphilis (Der heutige Stand der in der Serodiagnostik der Syphilis angewendeten Methoden), von M. Rubinstein. (Presse méd., 1927, Nr. 10, S. 149.) Die Flockungsmethoden sind zugunsten der Trübungsreaktionen verdrängt worden, doch sind auch diese der WR, Hecht- und Jacobsthal-Reaktion unterlegen. Um auch bei zweifelhaften Fällen zu einem verwendbaren Resultat zu gelangen, will Verf. gleichzeitig diese drei Reaktionen (WR, Hecht-, Jacobsthal-Reaktion) angewendet wissen, wobei das Maximum der Empfindlichkeit sowie eine Sicherheit der Spezifität gewährleistet wird.

S. Habermann-Prag.

A Comparative Study of the Kolmer Complement-Fixation Test for Syphilis with Sera Before and After the Removal of Antisheep Hemolysin (Vergleichende Beobachtung der Kolmerschen Komplementbindungsreaktion vor und nach Beseitigung der Eigenhämolysine), von S. Uchida-Philadelphia. (J. of Labor. and Clin. Med., 1925, Bd. 11, Nr. 1.) Da die zu untersuchenden Seren häufig eine beträchtliche Menge Eigenhämolysine enthalten, die durch das bei der WR gebräuchliche Inaktivieren nicht vollkommen zerstört werden und daher hauptsächlich bei tertiärer und alter Lues lat. zu scheinbar negativen Resultaten führen, hat Verf. eine neue Vorbehandlung der Seren zur Beseitigung der Eigenhämolysine angegeben, ohne eine antikomplementäre Wirkung hervorzurufen. Auf 1 ccm Serum kommen 2 Tropfen gewaschener konzentrierter Hammelblutkörper, bei Zimmertemperatur 15 Minuten stehen lassen, hierauf zentrifugieren, das so vorbehandelte Serum abpipettieren und 15 Minuten bei 55° inaktivieren. Die Ver-

Digitized by Google

suchsreihe bestand aus 500 Seren, die parallel mit inaktivierten und „vorbehandelten" Seren aufgestellt wurde und durch beigelegte Tabellen erläutert wird.

S. Habermann-Prag.

Über die Meinicke-Trübungsreaktion und die Meinicke-Mikroreaktion im Vergleich mit der Wassermann-Reaktion und der Sachs-Georgi-Reaktion, von M. Stern und T. Frank, Derm. Univ.-Kl. Breslau. (Kl. W., 1927, Nr. 6, S. 254.) In einer großen Versuchsreihe haben die Verff. nebeneinander die WR, die MTR, die Meinickesche Mikroreaktion und die SGR geprüft. Alle vier Reaktionen stimmten in 91,5% vollständig überein, 8,5% zeigten Differenzen. Es entspricht nicht mehr dem heutigen Stande der serologischen Wissenschaft, nur eine Reaktion anzustellen, zum mindesten muß mit zwei Methoden gearbeitet werden. Dabei muß die WR vorläufig als die zuverlässigste Methode angesehen werden, die immer noch als erste Untersuchungsmethode beizubehalten ist.

E. Langer-Berlin.

Weitere Mitteilungen über die Mikro-Meinicke-Reaktion, von L. Feuerstein, Univ.-Kinderkl. Innsbruck. (W. kl. W., 1927, Nr. 4, S. 122.) Die Meinickesche Mikroreaktion leistet nach Ansicht des Verf. das Maximum einer Methode zur Sicherung der Diagnose Lues. Da nur 1 Tropfen Blut gebraucht wird, kann sie beliebig oft und mit Leichtigkeit ausgeführt werden. Auch ist die Ausführung nicht zeitraubend.

M. Cohn-Dresden.

Die DMHo in der serologischen Praxis, von E. Schereschewsky, Hyg. Univ.-Inst. Königsberg i. Pr. (M. Kl., 1927, Nr. 6, S. 214—215.) Die DMHo (von Hohn angebene Verbesserung der DM) unterscheidet sich von der Originalmethode dadurch, daß sie mit Serumüberschuß arbeitet und zur Herstellung der Extraktverdünnung diejenige NaCl-Konzentration benutzt, bei der eine feine, aber mit sechsfacher Lupe deutliche Flockung der Extraktsuspension (Lupenflockungsstadium) erkennbar ist. Bei der Untersuchung von 500 Fällen ergab sich in 88,8% Übereinstimmung mit der WR; nach Ausschaltung von 17 zweifelhaften Fällen bleiben 3% Versager bzw. unspezifische Anzeigen sowie dem gegenüber 4,8% schärfer positive Reaktionen. Für die praktische Ausführung ist die große erforderliche Serummenge hinderlich; ferner scheiden die Seren aus, bei denen unspezifische Flockungen häufig sind. Sie ist eine Ergänzungsreaktion, die für die stets mit mehreren Methoden vorzunehmende Untersuchung wertvoll sein kann.

E. Levin-Berlin.

Über die Marchioninische Schellacksolreaktion, von E. v. Thurzo-Debreczen. (D. m. W., 1927, Nr. 11, S. 450.) Die MR ist empfindlicher als die Liquor-WR oder die Globulinreaktionen. Die Reaktion soll erst nach mehrminutigem Zentrifugieren abgelesen werden. Eine positive MR weist stets auf eine Erkrankung des Zentralnervensystems hin. Besonders bei syphilitischen Erkrankungen zeigt die MR hohe Empfindlichkeit. Sie übertrifft in dieser Hinsicht alle Kolloidreaktionen des Liquors.

F. Harry-Wiesbaden.

Unsere Erfahrungen mit dem Retroplazentarblut bei den Blutuntersuchungen unter der Geburt, von Hackemann, Frauenkl. Elberfeld. (M. m. W., 1927, Nr. 6, S. 242.) Verf. hat seine Untersuchungen mit drei verschiedenen Antigenen und einer Komplementverdünnung 1:10 durchgeführt. Antigen und Ambozeptor aus dem Wassermann-Institut Berlin. Flockungsreaktion nach den jeweilig bestehenden Vorschriften. Von jedem Serum wurden gleichzeitig die WR, die SGR, die MTR und häufig auch noch die DM angestellt. 1626 Retroplazentarseren und 1716 Venenblut wurden gleichzeitig untersucht. Beim Retroplazentarblut 19,5% unspezifischer und 4,3% eigenhemmender Ausfall der WR. Beim Venenblut dagegen 6,3% unspezifischer und 0,5% eigenhemmender Ausfall. Während bei der WR der unspezifische Ausfall relativ häufig war, wurde er bei der Flockungsreaktion viel seltener bemerkt. Für Lues spezifisch wurde ein Serum nur dann angesehen, wenn es bei der WR eine vollständige Hemmung und bei den Flockungsreaktionen gleichzeitig eine vollkommene Ausflockung aufwies. Auch im Nabelblute der Kinder wurde öfter eine unspezifische Reaktion beobachtet; im ganzen bei den Kindern 6,3% unspezifische und 5% eigenhemmende Reaktionen.

M. Cohn-Dresden.

Über Nachweis und Bedeutung syphilitischer Reagine im Fruchtwasser, von E. Nathan, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Nürnberg. (Kl. W., 1927, Nr. 1, S. 21.) Verf. ist es in der vorliegenden Untersuchungsreihe erstmals gelungen, im Fruchtwasser mittels der WR das Vorhandensein syphilitischer Reagine nachzuweisen. Es hat nach seinen Untersuchungen, die, falls die Nachuntersuchungen die Richtigkeit bestätigen, praktisch von großer Bedeutung sein dürften, den Anschein, als ob die fruchtwasserpositiven Fälle

Digitized by Google

prognostisch von großer Bedeutung seien. Es hat sich nämlich gezeigt, daß in allen Fällen die Kinder, wenn sie bei der Geburt erscheinungsfrei waren, nachträglich luetische Erscheinungen bekamen, so daß man eine intrauterine Infektion bei ihnen annehmen muß. Es würde uns durch den Nachweis ein Maßstab an die Hand gegeben werden, in welchen Fällen wir nach der Geburt auch zunächst anscheinend gesunde und erscheinungslose Säuglinge behandeln müssen. Die eigenen untersuchten Fälle sind in ihren Resultaten eindeutig; eine Nachprüfung an einem großen geburtshilflichen Material wäre dringend wünschenswert. E. Langer-Berlin.

Die Wassermannsche Reaktion in der Milch der Wöchnerin, von H. G. Rottmann und H. Franken, Hautkl. Med. Akademie Düsseldorf. (Kl. W., 1927, Nr. 2, S. 66.) Es ergibt in vielen Fällen die WR in der Milch die gleichen Resultate wie im Blutserum. Diese spezifische Reaktion ist an das Vorhandensein des Kolostrums in der Milch gebunden. Schwindet dieses mit zunehmender Milchsekretion, so geht die Positivreaktion in eine negative über. E. Langer-Berlin.

Über reversible und irreversible Fällungen des kolloiden Goldes durch Eiweißkörper und ihre klinische und biologische Anwendung, von P. Uhlenbruck, Med. Univ.-Kl. Augusta-Hosp. Köln. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1926, Bd. 51, H. 5/6, S. 700.) Verf. erörtert die Bedingungen, unter denen es zu einer Koagulation des Goldsols mit Eiweißkörpern, d. h. zu einem Farbenumschlag kommt, und zeigt, daß die Teilchengröße von Gold und Eiweiß, die Menge dieser Teilchen, schließlich die elektrische Ladung hierfür maßgebend sind. Der Einfluß der Teilchengröße tritt vor allem bei der Gold-Eiweißfällung in Erscheinung, wo sich die Fällung durch Säure, Alkali oder Salze wieder rückgängig machen läßt. Der Einfluß der Teilchengröße auf diese Vorgänge ermöglicht es, den isoelektrischen Punkt eines Eiweißkörpers durch die Goldkoagulation zu ermitteln, ferner den Eiweißgehalt einer Körperflüssigkeit nach Flockung des Eiweißgehaltes mit Sulfosalizylsäure mit Goldsolfarbenumschlag zu titrieren, die Löslichkeitsveränderung eines Eiweißkörpers im veränderten Elektrolytmilieu zu beobachten, schließlich den fermentativen Abbau eines Eiweißkörpers durch Pepsin oder menschlichen Magensaft mit der Farbänderung des Goldsols zu verfolgen. Durch Liquoranalysen wird die schützende Wirkung des Albumins, die fällende des Globulins bestätigt, jedoch für die Paralyse ein anderer Fällungsmodus angenommen. Da p_H bei den Liquorverdünnungen der Langeschen Versuchsanordnung absinkt, ist die Erklärung der Goldsol-Liquorkurve als Verdünnungswirkung eines Eiweißkörpers nicht völlig eindeutig.
V. Kafka-Hamburg.

Vergleichende Untersuchungen des bei Zisternenpunktion und Lumbalpunktion entnommenen Liquors, von W. Baumann, Städt. Nervenkl. Essen. (M. m. W., 1927, Nr. 4, S. 148.) Verf. verfügt über 63 Fälle, bei denen in einer Sitzung beide Punktionen ausgeführt wurden; es handelte sich um die verschiedensten Krankheitsbilder, meist organischer Natur, aber auch funktionelle und rein psychische Fälle (23 Paralysen, 11 Epilepsie u. a.). Die Untersuchungsergebnisse zeigten in keinem einzigen Fall wesentliche Unterschiede, d. h. die klinische Diagnose wurde durch beide Ergebnisse in gleicher Weise erhärtet. Bei der Lumbalpunktion findet man stets einen Mehrdruck von 30—60 mm, wahrscheinlich infolge unwillkürlichen Pressens des Pat., infolge der unbequemeren Lage gegenüber der Zisternenpunktion. Aus der Betrachtung der Einzelreaktionen schließt Verf., daß die Vorzüge der Zisternenpunktion (völliges Fehlen des Meningismus und der Kopfschmerzen) für den Kranken beträchtlich sind, und nur wenn im Zisternenpunktat eine wesentliche Differenz gegenüber der klinischen Diagnose sich zeigt, wird noch eine Lumbalpunktion vorzunehmen sein. M. Cohn-Dresden.

Zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis, von L. Teschler, Med. Univ.-Kl. Budapest. (D. m. W., 1927, Nr. 5, S. 192.) Unter pathologischen Verhältnissen zeigten die einander fernliegenden Stellen des Subarachnoidalraumes gleichzeitig entnommenen Liquorportionen verschiedene Zusammensetzung. Die Unterschiede bestanden in der Zellenzahl, in der quantitativen Differenz der Globulinreaktionen, in der spezifischen serologischen Reaktion und der Fällungskurve der Mastixreaktion. Die dem pathologischen Prozeß näher liegenden Liquorportionen wiesen die Veränderungen in größerem Maße auf als die von ferneren Stellen entnommenen. F. Harry-Wiesbaden.

e. Therapie

Wann darf der Syphilitiker heiraten? von Zinsser, Univ.-Hautkl. Köln. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 1, S. 24.) Bei primären seronegativen Fällen von Lues hält Zinsser drei reine Salvarsankuren zur Heilung für erforderlich. Daran hat sich eine über

Digitized by Google

3 Jahre erstreckende Kontrolle mit zunächst alle 6 Wochen, später alle 3 Monate vorzunehmender WR anzuschließen. Bei seropositiven Primäraffekten, die am Schlusse der erster Kur negativ werden, verabfolgt Z. 4 Kuren mit anschließender 3jähr. Beobachtungszeit. Bei frühzeitig energisch behandelten Fällen von sekundärer Lues, die frei von klinischen und serologischen Rezidiven bleiben, kann man nach 4—5 Kuren ebenfalls von Heilung sprechen, wenn die Liquoruntersuchung normale Werte ergibt. Die spätlatente und viszerale Lues, bei der der Liquor negativ und der Pat. ausreichend behandelt, und in den letzten 3—4 Jahren frei von sekundären Rezidiven geblieben ist, bildet keine absolute Gegenindikation für die Verheiratung mit Rücksicht auf die Gefahr der Übertragung der Krankheit auf den anderen Ehegatten. Mit Rücksicht auf die Nachkommenschaft ist den Frauen, die nicht als geheilt bezeichnet werden können, dringend von der Verheiratung abzuraten. Auch Kranken mit Tabes, Paralyse und Aortitis wird man den Heiratskonsens nicht erteilen. Th. Lilienstein-Hamburg.

Wird durch unsere jetzige Salvarsanbehandlung im Frühstadium der Syphilis die Gefahr späterer Aortitis und nervöser Metalues vermehrt? von C. Bruhns, Derm. Abt. Städt. Krkh. Charlottenburg. (M. Kl., 1927, Nr. 7, S. 233—236.) Eine Zunahme der Aortitis in den letzten Jahrzehnten erscheint unzweifelhaft, doch spricht keine der bisher erschienenen statistischen Zusammenstellungen dafür, daß dies eine Folge der intensiven Salvarsanbehandlung sei, es ist ja überhaupt die Zeit seit deren Einführung eine zu kurze für die Feststellung eines solchen Zusammenhanges. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Metalues; soweit die bisher verflossene Zeit überhaupt ein Urteil gestattet, hat weder eine prozentuale Zunahme der Erkrankungen an Tabes und Paralyse stattgefunden, noch spricht eine Verkürzung der Inkubationszeit dieser Erkrankungen dafür, daß die intensivere Behandlung mehr zu Metalues disponiere. Auch die Erwägung, daß, nachdem durch intensivere Hg-Behandlung eine Zunahme der Metalues nicht verhindert werden konnte, eine solche noch weiter durch die intensivere Salvarsanbehandlung erwartet werden müsse, ist hinfällig, weil durch diese viel öfter frühe Ausheilung der Syphilis erzielt wird. Um die natürlichen Abwehrkräfte mehr auszunutzen, könnte man allerdings daran denken, bei positiv reagierenden Primäraffekten das Auftreten von Sekundärerscheinungen abzuwarten und die Pause bis zur zweiten Kur zu verlängern, wobei serologische und klinische Rezidive nichts schaden würden. Die intensive Frühbehandlung wirkt durch Einschränkung der Ausbreitung der Syphilis auch prophylaktisch zur Verhütung des Auftretens von Aortitis und nervöser Metalues.
E. Levin-Berlin.

Über die Behandlung der syphilitischen Herz- und Gefäßerkrankungen, von L. Braun-Wien. (W. m. W., 1927, Nr. 3, S. 83; Nr. 4, S. 122 und Nr. 5, S. 150.) Die Hauptaufgabe ist die möglichst frühe Erkennung des Leidens. In jedem Falle von Herz- oder Aortenlues ist neben der spezifischen Behandlung die diätetische und medikamentöse von großer Bedeutung. Letztere muß oft einer spezifischen Behandlung vorausgehen. Die durch die spezifische Behandlung oft rasche Resorption luetischer Veränderungen kann oft von deletären Folgen sein, z. B. bei durch die Narbenbildung entstehender Verengerung des Koronarostiums oder bei narbigen Bildungen in der Gegend des Reizleitungssystems. Besprechung der verschiedenen Antiluetika und ihrer Nebenwirkungen. Für den Dermatologen nichts Neues. E. Langer-Berlin.

Traitement schématique de la syphilis infantile (Schema der Syphilisbehandlung im Kindesalter), von A. Galliot. (J. de Méd. de Paris, 1927, Nr. 7, S. 131.) Die Behandlung muß unmittelbar nach der Geburt beginnen; ist bei dem Neugeborenen Syphilis nachweisbar, so erhält es eine Serie von 15 Sulfarsenoleinspritzungen (2mal wöchentlich) zu 0,01—0,015 pro Kilogramm oder von Azetylarsan 0,02—0,03 pro Kilogramm; danach 2 mal 14 Tage lang mit 14 Tagen Pause Hg-Einreibungen oder täglich 0,001 Hg innerlich; bis zum Schluß des ersten Halbjahres noch eine Serie Arseneinspritzungen. Im zweiten Halbjahre eine Serie Einspritzungen und eine Hg-Kur, im 2. Jahre 2 Arsen- und 2 Hg-Kuren, im dritten je 1 Kur, und dies noch einige Jahre fortgesetzt. Auch Kinder, bei denen nichts nachweisbar ist, die jedoch von syphilitischen Eltern stammen, sollen behandelt werden. Sie erhalten im 1. Jahre 2 Arsen- (je 12 Einspritzungen) und 2 Hg-Kuren, im 2. und 3. Jahre je 1 Arsen- und 1 Hg-Kur und in den folgenden Jahren noch je 1 Hg-Kur. In besonders dringenden Fällen kann Salvarsan intravenös verabfolgt werden, sonst genügen im allgemeinen diese mittleren Kuren; wird As nicht vertragen, gibt man lösliche Wismutsalze bis 0,0015 pro Kilogramm.
E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

An Adress on Some Problems in the Treatment of Neurosyphilis (Über einige Fragen in der Behandlung der Neurosyphilis), von J. L. Birley. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5403, S. 583.) Übersicht.

Über die kombinierte Anwendung von Salvarsan und Immunserum, von W. Krantz, Univ.-Hautkl. Köln. (M. m. W., 1927, Nr. 7, S. 275.) Chemotherapie und Immunserumtherapie sind zwei getrennte Gebiete. Verf. kombiniert beide bei experimenteller Rekurrensinfektion. Theoretische Vorbemerkungen über „Ausgangs-" und „Rezidivstämme", sowie über das Vorhandensein von Antikörpern während der Immunperiode. Die Zuführung von Immunserum auf der Höhe der Infektion, aber vor der Krisis, übt keine Heilwirkung aus, dagegen tut es das, wenn wir es bei Auftreten der ersten Spirochäten im Blut injizieren. Einspritzung eines Spirochäten-Immunserumgemisches führt meist nicht zur Infektion. Eine gleichzeitige Injektion von Salvarsan und Immunserum führt auch bei Rezidivstämmen zur Vernichtung. Man kann annehmen, daß das Salvarsan, das allein gegeben nicht zur Vernichtung der Spirochäten führt, die Virulenz herabsetzt. Diese wenig virulenten Stämme können sodann durch das Immunserum vernichtet werden. H. Colman-Berlin.

Salvarsanbehandlung und Salvarsanschäden, von W. Scholtz, Univ.-Hautkl. Königsberg. (M. Kl., 1927, Nr. 9, S. 314—315.) Zu dem Aufsatz von Kellermann in M. Kl., 1926, Nr. 53 (Ref. Derm. W., Bd. 84, S. 570) wird bemerkt, daß gerade bei Altsalvarsan im Gegensatz zu Neosalvarsan Salvarsanschäden seltener beobachtet wurden. Als Behandlungsschema wird immer noch die Serienbehandlung empfohlen: 3 Salvarsaninfusionen (0,3—0,3—0,2) an drei aufeinanderfolgenden Tagen, dann 4 Wochen Quecksilber- oder Wismutkur, dann 3 Salvarsaninfusionen wie im Beginn mit im allgemeinen etwas kleineren Dosen. Falls WR noch nicht negativ, nochmals 3—4 Wochen Hg oder Bi und noch 3mal Salvarsan. Bei sekundärer Syphilis 8 Wochen nach Schluß der 1. Kur noch eine Sicherheitskur, die etwas milder sein kann. E. Levin-Berlin.

The Effect of Bismuth Alone and in Combination with the Arsenobenzenes on the Wassermann-Reaction (Die Wirkung von Wismut allein und in Verbindung mit Salvarsan auf die WR), von C. S. Wright-Pennsylvania. (Am. J. m. sc., 1927, Bd. 173, Nr. 2, S. 232—241.) Zahlreiche Syphilisfälle, die nach voraufgegangener Salvarsan-Quecksilberbehandlung noch seropositiv geblieben waren, konnten durch eine Wismutkur negativ gemacht werden; davon wurden ungefähr 20% später wieder positiv. Alle durch Salvarsan-Quecksilberbehandlung negativ gewordenen Fälle konnten durch anschließende Wismutbehandlung (in kleineren Dosen) dauernd negativ erhalten werden. Bei der Behandlung der frühen und der latenten Syphilis zeigte sich die wöchentliche Verabfolgung von je einer intramuskulären Wismut- und einer intravenösen Salvarsaneinspritzung sehr wirkungsvoll. E. Levin-Berlin.

Schwerer Chok nach Salluen, von H. Mühlpfordt-Allenstein. (M. m. W., 1927, Nr. 3, S. 108.) Bei einem 22jähr. Mädchen ereignete sich bei der zweiten intravenösen Salluneninjektion ein bedrohlicher Anfall von klonischen Zuckungen mit Pupillenträgheit, fadenförmigem Puls und beschleunigter Atmung bei erhaltenem Sensorium. Nach Aderlaß und Koffein ließen allmählich die Anfälle nach. Als Ursache dieses schweren Choks ist die Salluneneinspritzung anzuschuldigen. Das Salluen stellt ein Geheimmittel dar von unbekannter Zusammensetzung, das „Bi und As an einen nicht eiweißhaltigen Kolloidkomplex gebunden" enthält. Da das Präparat in seiner Wirkung auf die Lues keine Vorzüge vor anderen Wismutmitteln besitzt, warnt der Verf. vor seiner weiteren Anwendung. Th. Lilienstein-Hamburg.

Dreijährige Erfahrung mit Bisuspen in der Behandlung der Syphilis, von E. Kaufmann-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 11, S. 452.) Empfehlung des genannten Präparates. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Wirkung von Wismutschmierkuren bei experimenteller Kaninchensyphilis, von B. Albrecht und E. Evers, Biol. Abt. des Georg-Speyer-Hauses Frankfurt a. M. (M. Kl., 1927, Nr. 8, S. 287—288.) Weitere Versuche mit dem Originalpräparat von Giemsa und nach dessen Methode ergaben die gleichen Erfolge wie die früheren. Das perkutan einverleibte Wismut übt zwar eine Wirkung auf die Spirochäten des Kaninchenschankers aus, doch wird dieser erst bei toxischen oder diesen sehr nahestehenden Dosen spirochätenfrei und kommen zur Heilung, so daß eine therapeutisch brauchbare Methode nicht vorliegt. E. Levin-Berlin.

Wie behandelt man die gegen die gewöhnliche Therapie refraktären Luesfälle, von A. Perutz-Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 3, S. 95.) Als Antiluetika bei Versagen der üblichen Präparate kommen in Betracht: Cadmiol, Vanadium, das Northovan,

Digitized by Google

ein Natriumorthovanderivat; Cadmium soll die WR, Vanadium besonders die Schleimhauterkrankungen günstig beeinflussen. Die Zittmannkur ist die mildeste Form der Protoplasmaaktivierung, besonders dann brauchbar, wenn der Organismus nicht mehr befähigt ist, selbst Abwehrstoffe gegen die Lues zu bilden. Die Serumtherapie der Lues hat bisher keine Erfolge gegeben; vor Quéry ist besonders zu warnen; auch das Lamaserum scheint ein Fehlschlag gewesen zu sein. Günstiger beurteilt Verf. die aktive Immunisierung mit Vakzination (Luetin). Vielversprechend ist die Malariatherapie.

M. Cohn-Dresden.

Beobachtungen über die Malariabehandlung der Paralyse, von K. Brandenburg, II. Inn. Abt. Rudolf-Virchow-Krkh. Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 10, S. 353—355.) Zur Verwendung kam ein Tertianastamm, der täglich Fieberanfälle hervorrief, was auf gleichzeitige Entwicklung von 2 Generationen hinweist. Der Erfolg ist ein um so besserer, je mehr die Kranken durch die gehäuften Fieberanfälle und die unzureichende Nahrungsaufnahme herunterkommen. Frische Fälle werden günstiger und nachhaltiger beeinflußt; juvenile Paralyse erwies sich refraktär. Unter 100 behandelten Fällen kamen 17 Todesfälle vor, die jedoch zum Teil sicher nicht der Behandlung zuzuschreiben sind. Als gebessert (z. T. völlig berufsfähig) können 43%, als ungeheilt 40% bezeichnet werden, doch stellt sich der Erfolg der Behandlung oft erst Monate nach deren Abschluß ein. Sehr günstig wurden Krisen und schmerzhafte Zustände bei Tabo-Paralytikern beeinflußt. Angebracht scheint die Malariabehandlung auch bei hartnäckigen syphilitischen Neuritiden (Neuritis optica) zu sein. In einem Falle gelang es durch die Behandlung den ungünstigen Einfluß der Schwangerschaft auf die Paralyse zu bekämpfen; die Schwangerschaft selbst wurde durch die Kur nicht beeinträchtigt.

E. Levin-Berlin.

Die Wirkung der spezifischen Therapie und der Malaria an sich und der Kombination beider auf die Syphilis, die Beziehungen zwischen der Syphilis und anderen fieberhaften Erkrankungen wie die Wertung der bei der Malariatherapie zu beobachtenden Rezidive, von G. Scherber, Hautabt. Rudolfsp. Wien. (W. kl. W., 1926, Nr. 46, S. 1325.) Die Malariatherapie ist bei allen Fällen mit hartnäckig positivem Liquor indiziert. Es besteht auch die berechtigte Hoffnung, daß man durch sie bei negativem Liquor das Auftreten der Metalues, besonders der Paralyse, bei frischen Luesfällen verhindern kann. Die nach der Malariakur beobachteten Periostrezidive sind durch Änderung der Immunität und durch besondere lokale Virulenzsteigerung des Virus zu erklären.

H. Lewinsky-Berlin.

Einige Bemerkungen über Impfmalaria. 1. Über den Typus der Fieberanfälle, von J. Wagner-Jauregg. (W. kl. W., 1927, Nr. 1, S. 26.) Es gibt bisher keine Erklärung dafür, daß bei den meisten mit Malaria tertiana geimpften Paralytikern tägliche Fieberanfälle zur Beobachtung kommen, obwohl der Blutspender den typischen Tertianafiebertypus gezeigt hat. Nur etwa 1/7 aller Paralytiker fiebern im reinen Tertianatypus. Diese Eigenschaft hat die Impfmalaria nicht im Laufe der Menschenpassagen erworben, sondern gleich von Anfang an gezeigt. Möglicherweise ist die Beschaffenheit der gerimpften Paralytiker für den überwiegenden täglichen Fiebertypus mitbestimmend, da bei therapeutischen Versuchen bei Syphilis der Frühstadien viel häufiger der reine Tertianatypus beobachtet werden kann. Im Blut der infizierten Paralytiker finden sich gewöhnlich die verschiedensten Entwicklungsstadien des Plasmodium vivax, gleichgültig, ob die Infektion durch eine einzige Blutinjektion oder durch Anophelesstich erfolgte. Es ist noch nicht sicher, inwieweit der Impfmodus, inwieweit die Beschaffenheit des geimpften Kranken es bewirkt, daß die Impfmalaria so vorwiegend im Quotidianatypus verläuft.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Zum Wesen der Herxheimerschen Reaktion, von C. M. Hasselmann, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (Kl. W., 1926, Nr. 51, S. 2404.) Nach dem Setzen intrakutaner unspezifischer Reize kann die Herxheimersche Reaktion in manchen Fällen auftreten; Gesetzmäßigkeit besteht aber nicht. Deutlicher findet sie sich bei luetischen Exanthemen nach Salvarsan bzw. Wismut. Sie gilt aber nicht nur für die sekundären Exantheme, sondern kann sich als eine „durch spezifisch spirochätozide Medikamente ausgelöste, entzündliche Herdreaktion zwischen den syphilitisch veränderten Gewebszellen und den Treponemen, sei es ihren Stoffwechselprodukten, sei es ihren Zerfallssubstanzen", bei allen Veränderungen und Reaktionen der syphilitisch infizierten Organe finden. Es gehört wahrscheinlich dazu eine allgemein gesteigerte Vasolabilität und eine Tonussteigerung des gesamten Parasympathikus.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Blennorrhoe

a. Ätiologie

The Experimental Bases of Prophylaxis in Gonorrhoea (Die experimentellen Grundlagen der Prophylaxe bei Blennorrhoe), von K. M. Walker. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3443, S. 13.) Die von Finger zuerst veröffentlichten Beobachtungen über den Modus des Eindringens der Gonokokken in die Schleimhaut der Urethra, wobei angenommen wurde, daß dieser Vorgang kaum vor Ablauf von 36 Stunden beginnt, hat Walker (wie auch andere Verf., Palladino, Blandini, Teale und Embleton) nicht bestätigt gefunden. Verf. hat nebst anderen experimentellen Untersuchungen bei einem Pat. mit Carcinoma glandis und einer impermeablen Striktur der Urethra 7 Stunden vor der vorzunehmenden Operation eine Kultur von B. prodigiosus in die vordere Harnröhre eingebracht und späterhin die Mikroorganismen in Streifen und Haufen, meist dem Verlauf der Lymphspalten entsprechend, wieder angetroffen. Betreffs des Gonokokkus ist ein ähnlich schnelles Eindringen anzunehmen. Damit stimmt die klinische Erfahrung der Kriegszeit überein, indem prophylaktische Irrigationen selten Erfolg hatten, wenn sie erst 12 bis 24 Stunden nach der Infektion ausgeführt wurden, und auch ganz zeitig, 3—4 Stunden p. c. ausgeführte Spülungen nicht immer wirkungsvoll waren.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Wert der chemischen Reaktion des Scheideninhalts für die Diagnose der Gonorrhoe, von E. Schultze-Rhonhof und E. Bachl., Univ.-Frauenkl. Heidelberg. (D. m. W., 1927, Nr. 5, S. 189.) 20 von 22 Fällen von Zervikalgonorrhoe zeigten stark saure Reaktion im Verlauf der Erkrankung. Die diagnostische Verwendung der chemischen Reaktion des Scheidensekretes und somit das Hilfsmittel Gonotest ist völlig unzulänglich und daher abzulehnen. F. Harry-Wiesbaden.

b. Pathologie und Klinik

Perkutane Gonokokken-Infektion bei einem 4 Wochen alten Säugling, von A. Deuber, Univ.-Kinderklin. Basel. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 7, S. 156—157.) Die Berechtigung, in dem beschriebenen Falle eine der äußerst seltenen perkutanen Gonokokkeninfektionen anzunehmen, wird daraus hergeleitet, daß mehrfache Abstriche aus Konjunktivalsack, Nase, Mundhöhle, Urethra und Rektum stets negativ ausfielen. Die Eingangspforte für die Infektion, die zu einer gutartigen Gonokokkensepsis führte, bildete eine kleine oberflächlich lädierte Hautstelle über dem einen Malleolus; das das Kind pflegende Dienstmädchen war, ebenso wie die Eltern, tripperkrank. E. Levin-Berlin.

Symmetrical Hyperkeratosis of the Extremities (? Keratodermia blennorrhagica). (Symmetrische Hyperkeratose der Extremitäten [? Keratodermia blennorhagica]), von J. Beatty. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3443, S. 14.) Eine 51jähr. verheiratete Frau akquirierte eine sich binnen einem Monat über beide Fussohlen ausdehnende Verhornung mit kuhhornförmigen Auswüchsen an den Zehen. Daneben geringere Keratose am linken Knie und linken Handteller. Im Zervikalsekret und in der Urethra Gonokokken nachgewiesen. Behandlung mit Protargol, intramuskulären Trimininjektionen, Kontraminpessaren, Hexamin und lokalen Applikationen. Verschwinden der Gonokokken, Besserung der Kutanaffektion, aber Auftreten einer Keratose auch am rechten Handteller während der Beobachtung. Wiedervorstellung nach Ablauf eines Jahres. Es bestand nur eine unbedeutende Schuppenbildung am linken Sprunggelenk. Beatty deutet den Fall als eine blennorrhoische Keratodermie. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

c. Therapie

The Treatment of Acute Gonorrhea with Antiseptics in Gelatin (Die Behandlung des akuten Trippers mit Antiseptizis in Gelatine), von R. D. Herrold und H. Culver-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 7. S. 459.) Verf. hat mit neutralem Trypaflavin in 10% Gelatinelösung im Verhältnis 1:4000 gemischt bei 37°C ausgezeichnete Erfolge und erheblich höhere Vermeidung von Komplikationen als mit den üblichen Antiblennorrhoizis erzielt. Auch auf Drüsenentzündungen und Infiltrate wirkt diese Lösung besonders gut. Stärkere Konzentrationen sind unnötig und sollten wegen der möglichen Reizung vermieden werden. H. Colman-Berlin.

Von der „Tiefenwirkung" in der Gonorrhoetherapie, von C. Siebert, Derm. Abt. Krkhs. Berlin-Lankwitz. (Kl. W., 1927, Nr. 5, S. 217.) Bei der Blennorrhoebehandlung kommt eine Tiefenwirkung zustande, die man sowohl chemisch auf medikamen-

Digitized by Google

tösem Wege wie auch mechanisch durch Massage und Instrumentalbehandlung erzielen kann. Um die chemische Tiefenwirkung durch die Silberverbindungen als eine desinfektorische ansehen zu können, dazu sind die in die Tiefe gelangenden Mengen zu gering. Es dringt das Silber entweder als Silberalbuminatchlornatrium oder als kolloidales Chlorsilber oder als reines kolloidales Silber in die Tiefe. Wahrscheinlich erfolgt der Effekt der Tiefenwirkung durch einen Reiz, der von dem Organismus selbst ausgeht und durch autoimmunisatorische Kräfte erfolgt. E. Langer-Berlin.

Über Targesinanwendung bei der Gonorrhoe des Mannes, von P. Mühlhoff, Hautkl. Städt. Krkanst. Essen. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 1, S. 48.) Empfehlung des Targesins als eines guten lokalen Antiblennorrhoikums bei frischen Anteriorfällen. Bei der Urethritis posterior erscheint es anderen bewährten Mitteln nicht überlegen. Besonders hervorgehoben wird die absolute Reizlosigkeit des Präparates selbst bei Anwendung von 6%igen Lösungen und sein Vermögen, den Urin schnell zu klären. Die Targesininjektionen wurden mit Janetspülungen mit Kal.-permang.-Lösungen kombiniert. Der hohe Preis des Mittels und seine dunkle Farbe werden mit Recht als Nachteile der Anwendung empfunden. Th. Lilienstein-Hamburg.

Potassium Silber Iodide in the Treatment of Gonorrhoea (Kalisilberjodid zur Behandlung des Trippers), von S. R. Naidu-Madras. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3446, S. 139.) Verf. verwendete das Doppelsalz $KAgJ_2$ in 3 Konzentrationen zu 0,5 bzw. 1,0 und 1,5 g auf 200 ccm Wasser. Neben der eigentlichen Lösung ergibt sich eine feine Suspension von Silberjodid, zum Teil in kolloider Form. Beim akuten Tripper wird die vordere Urethra zunächst 2mal mit je 10 ccm der schwächsten Lösung ausgespült, worauf 20 ccm derselben Stärke eingespritzt und durch Anlegen einer weichen Bandage um den Penis auf 15—30 Minuten zurückbehalten werden. Bei chronischen Fällen wird nach vorheriger Urinentleerung und eventueller Massage der Prostata die Stärke II, nötigenfalls auch III verwendet. Injektionen 2—3mal wöchentlich. Vorhandene Strikturen sollen vor Verabreichung der Injektionen dilatiert werden. Heilung erfolgt in der Regel durch 12—15 Injektionen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Gonoyatrenbehandlung der chronischen Gonorrhoe, von Th. Patheiser-Heidelberg. (D. m. W., 1927, Nr. 11, S. 453.) Verf. rät, Gonoyatren vorwiegend intramuskulär zu verwenden. Die intravenöse Injektion kommt nur in Betracht, wenn man eine schnelle und kräftige Wirkung erzielen will. Sie ist indiziert im Beginn von Epididymitis, akuter Prostatitis, Arthritis, Samenstrangentzündung, ferner bei Frauen, wenn es gilt, eine Aszension zu verhüten, schließlich bei der Provokation.

F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. A. Buschke in Berlin wurde zum Ehrenmitglied der Russischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidologie B. Tarnowsky in Leningrad gewählt.

Prof. Erich Hoffmann in Bonn wurde zum Ehrenmitglied der Dermatologischen Gesellschaft zu Athen gewählt. R.

Berichtigung. Zusatz zu der Besprechung von: Die syphilitischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis, von P. Mulzer, erschienen in russischer Übersetzung, unter der Redaktion und versehen mit Bemerkungen von Iwanow: „Zumal sie durch die erwähnten Anmerkungen, unter denen die ausführlichen von Prof. W. Iwanow besonders hervorzuheben sind, einen noch höheren Wert erhält".

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 23 (Bd. 84) 4. Juni 1927

Über Idiosynkrasie der Haut

Von

Prof. Dr. F. Šamberger in Prag

Wir sagen, daß ein Mensch an Idiosynkrasie der Haut leide, wenn seine Haut mit krankhaften Erscheinungen auf Reize reagiert, die beim Durchschnittsmenschen diese Erscheinungen nicht hervorzurufen vermögen.

Solcher eigentümlicher krankhafter Erscheinungen gibt es viele. In der vorliegenden Arbeit interessiert uns nur jene Idiosynkrasie, die charakterisiert ist durch die urtikarielle Eruption, die Pemphigusblase, das Quinckesche Ödem, die Neurodermitis (die Lichenifikation der französischen Autoren), das akute oder chronische Ekzem und das exsudative Erythem. Diese auf den ersten Blick einander fremden klinischen Erscheinungen bilden sicher eine Gruppe verwandter Affektionen. Wissen wir doch, daß nach ein und derselben Schädlichkeit einmal diese, das andere Mal jene Erscheinung auftritt, daß nach ein und derselben Schädlichkeit während ein und desselben krankhaften Anfalls mehrere abwechseln können, ja, daß sie nach derselben Schädlichkeit während desselben Anfalls gleichzeitig auftreten und nebeneinander bis ans Ende des Anfalls bestehen bleiben können. Und ich werde später auch zeigen, daß wir für sie alle auch die gleiche genetische Grundlage reklamieren können.

Im Brennpunkt der wissenschaftlichen Arbeiten und der Diskussion stehen von diesen Erscheinungen in jüngster Zeit das Ekzem und die Urtikaria. Und die brennendste Frage der Diskussion ist das Wesen der Idiosynkrasie gegen dieselben. Wo steckt in der Haut die Wurzel der idiosynkrasischen Erscheinungen? Wie und wodurch unterscheidet sich die idiosynkrasische Haut von der anderen, der durchschnittlichen? Wo, in welcher Schicht der Haut ist der Sitz der Idiosynkrasie, und worin beruht die biologische Grundlage ihrer Erscheinungen?

Alle Autoren stimmen darin überein, daß bei diesen idiosynkrasischen Erscheinungen die Blutkapillaren der Haut beteiligt sein müssen, aber strittig ist die Frage, ob diese Beteiligung eine primäre und entscheidende ist, ob in ihnen allein das Wesen und der Ausgangspunkt des idiosynkrasischen Geschehens beruht oder ob die wichtigste Grundlage und der Sitz der ursprünglichen Veränderungen, die zu diesen idiosynkrasischen Erscheinungen führen, nicht an einer anderen Stelle der Haut liegen und die Blutkapillaren mit ihren Veränderungen sich nur sekundär hinzugesellen, indem sie zu ihrer Tätigkeit durch eine andere, grundlegende Veränderung provoziert wurden.

Digitized by Google

Die primäre vaskuläre Genese der idiosynkrasischen Erscheinungen an der Haut vertreten z. B. Kaemerer, Rajka, Lehner u. a. Jene, die das Punctum movens der idiosynkrasischen Erscheinungen außerhalb der Blutkapillaren verlegen, sind in zwei Lager geteilt. Die einen: Bloch, Jadassohn, Lewandovski und andere verlegen die primären Veränderungen in die epidermalen Zellen. Bloch versucht sogar, diese Veränderungen näher zu bestimmen. Er sagt, daß in diesen Zellen Veränderungen des Kolloidzustandes an ihrer Peripherie entstehen (Zellgrenzenschicht). „Ihre physikalisch-chemische Struktur und damit ihre Durchlässigkeit ist maßgebend für die Art und Menge der Substanzen, die in die Zelle eindringen und dadurch mit dem lebenden Protoplasma in Wechselberührung treten." Und diese Veränderungen des Kolloidzustandes und die dadurch ermöglichte Wechselberührung der Reizsubstanz mit dem Protoplasma der betreffenden Zelle sollen den unmittelbaren Anlaß zur Entstehung der idiosynkrasischen Erscheinungen abgeben.

Kreibich dagegen sucht den Ausgangspunkt der idiosynkrasischen Erscheinungen, also jene Stelle, auf welche der diese Erscheinungen auslösende Reiz primär eingewirkt hat, „in den sensiblen Nervenendigungen der Epidermis". „Das Nervensystem", sagt er, „ist es, welches den Vorgang der Idiosynkrasie auslöst."

Wenn Bloch in seiner letzten Arbeit über die Idiosynkrasie der Haut die Ergebnisse der bisherigen Arbeiten in den kurzen Satz zusammenfassen konnte, daß das Wesen und der Mechanismus der Idiosynkrasie noch immer nicht geklärt seien, dann glaube auch ich mich mit meiner Erklärung der Ursache, des Wesens und der Genese dieser bis jetzt noch rätselhaften Erscheinungen zum Worte melden zu dürfen.

Wie die eine Gruppe der oben zitierten Autoren verlege auch ich den Ursprung der hier studierten idiosynkrasischen Erscheinungen in die Blutkapillaren der Haut. Aber statt der allgemeinen Behauptung Kraemers, daß es sich hier um eine Sensibilisierung dieser Kapillaren handle, gebe ich eine detaillierte Erklärung des Wesens dieser Sensibilisierung, sowie auch der Genese der Hautveränderungen, die aus ihr hervorgehen, und des Wesens der Schädlichkeiten, die diese Erscheinungen zu provozieren vermögen.

Doch muß ich Folgendes vorausschicken. Schon vor Jahren habe ich darauf hingewiesen, daß die Blutkapillaren der Haut zwei voneinander gänzlich verschiedene und nebeneinander laufende Funktionen versehen. (Über die urtikarielle und entzündliche Hautreaktion. Derm. W., 1915.) Daß sie vor allem ein wichtiger Motor des Blutkreislaufs sind, man bezeichnet sie heute als peripheres Herz. Und daß sie infolge dieser Funktion ein wichtiger Faktor bei den entzündlichen Erscheinungen sind. Daß zweitens ihr arterieller Anteil das sekretorische Organ der Hautlymphe ist, und daß sie durch diese ihre Funktion es ermöglichen, daß die Nährstoffe aus dem Blute zu den Hautzellen und dem Hautgewebe gelangen. Ich habe bewiesen, daß die Lymphe kein Bluttranssudat, das nur passiv durch die Kapillarwände hindurchtritt, sein kann und es auch nicht ist, weil die biologischen Folgen der Lymphe auf die Hautgewebe diametral verschieden sind von der Wirkung eines bloßen Transsudates, über dessen Existenz wir genaue Kenntnis besitzen, sowie darüber, was

Digitized by Google

es klinisch und biologisch in der Haut anzurichten imstande ist. Ich habe gezeigt, daß, wenn es auch infolge technischer Schwierigkeiten heute noch nicht möglich ist, die chemischen Unterschiede zwischen Lymphe und Transsudat festzustellen, die klinische Unterscheidung der Durchtränkung des Hautgewebes mit Lymphe von jener mit Transsudat bereits sehr wohl möglich ist. Ich habe ferner gezeigt, welcher klinische Unterschied besteht zwischen dem — weißen und zyanotischen — Transsudatödem der Haut und dem Lymphödem derselben; und daß, wenn es sicher ist, daß das Transsudat durch den bloßen passiven Hindurchtritt der Blutflüssigkeit durch die Kapillarwände entsteht, die Lymphe, die biologisch und pathogenetisch vom Transsudat vollkommen verschieden ist, auf ganz andere Weise entstehen müsse. Und daß von den hier gegebenen Möglichkeiten einzig und allein jene annehmbar sei, daß sie durch Sekretion der Blutkapillaren entstehe. Ich habe ausgeführt, daß die Wände gesunder Blutkapillaren für den flüssigen Blutbestandteil nicht durchgängig sein können, weil dies nicht allein eine unzweckmäßige, sondern auch eine gefährliche Einrichtung wäre. Durch die gesunden Wände der Blutkapillaren können aus dem Inneren der Kapillaren in das umgebende Gewebe nur die Blutzellen gelangen, weil sie mit aktiver Beweglichkeit und der Fähigkeit ausgestattet sind, dorthin durchzukriechen und einzudringen, wohin Pflicht und Bedarf sie rufen. Für die Blutflüssigkeit können nur die Wände jener Kapillaren durchgängig werden, die bereits auf irgend eine Weise lädiert wurden: durch Ermüdung oder Vergiftung mit verschiedenen Giften und also auch mit mikrobiellen Toxinen. Die Lymphe aber wird von den Wänden ganz gesunder, vital intakter Kapillaren sezerniert.

Es ist verwunderlich, daß bis jetzt der Hautlymphe in der Dermatologie so wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde, daß bis jetzt die allgemein bekannte und anerkannte Tatsache, daß die Lymphe in der Haut gebildet wird und in ihren eigenen Bahnen zirkuliert, nicht genügend beachtet wurde. Wenn dem nämlich so ist, dann müssen notgedrungen krankhafte Abweichungen nach beiden Richtungen existieren. Sowohl Abweichungen von der normalen, i. e. durchschnittlichen Sekretion der Lymphe, als auch Abweichungen von ihrem normalen Kreislauf in der Haut. Und beiderlei Abweichungen müssen, wie eine jede Abweichung von der Norm, an der Haut durch bestimmte typische klinische Veränderungen in die Erscheinung treten. Veränderungen, aus denen man wiederum einen Rückschluß ziehen kann auf die Abweichungen in der Sekretion oder im Kreislauf der Lymphe in derartigen Fällen.

Und doch! Wie viele der bisherigen dermatologischen Rätsel werden uns mit einem Male klar, wenn wir in der von mir angedeuteten Weise die einfache und sichere Tatsache beachten, daß die Lymphe in der Haut entsteht und hier ihren eigenen Kreislauf und ihre eigenen Bahnen besitzt. Ich möchte nur darauf hinweisen, daß die ganze Gruppe der sogenannten Angioneurosen der Haut eine feste pathologisch-anatomische Grundlage erhält. Das Wesen der Neurodermitis und ihrer Beziehungen zum Ekzem wird uns klar. Der Pemphigus bekommt eine sichere Definition. Ebenso auch die Urtika und das Quinckesche Ödem. Ihre nahe Verwandtschaft wird klar. Wir können eine genaue Definition des

Digitized by Google

Ekzems geben und eine scharfe Grenze ziehen zwischen diesem und der einfachen Dermatitis. Mit Leichtigkeit können wir die klinische Mannigfaltigkeit und das Wesen des exsudativen Erythems erklären. Seine Beziehungen zur Urtika usw. usw.

Auf dieser Grundlage habe ich im zweiten Teil meines Lehrbuchs der Hautkrankheiten eine Neuregelung des Systems der Hautkrankheiten zu geben versucht. Und um die Beurteilung dieser meiner Idee ausländischen Fachmännern zu ermöglichen, habe ich diesen Abschnitt in französischer Übersetzung herausgegeben. Ich verweise daher den Leser, soweit es sich um die detaillierte Durcharbeitung der erwähnten Punkte handelt, auf mein Buch. (Šamberger, Précis de séméiologie des maladies cut.)

Mittels der Lymphe versorgen die Blutkapillaren der Haut die Zellen und das Gewebe der Haut mit Nährstoffen von solcher Qualität und in solcher Menge, wie es die Zellen selbst verlangen und brauchen. In gleicher Weise, wie es bereits von ihrer zweiten Funktion — der Durchblutung des Gewebes — erwiesen ist. Auch hier wissen wir seit dem denkwürdigen Versuch Biers, daß die Hautkapillaren selbst ihr Blut aus den zuführenden Gefäßen in einer solchen Menge schöpfen, wie es das Gewebe, das sie mit ihrem Blut versorgen, wünscht und braucht.

Die Sekretion der Lymphe ist eine dauernde, aber ihre Menge und Beschaffenheit richtet sich nach dem momentanen Bedarf des Gewebes, für das sie bestimmt ist. Demnach sezernieren in einem bestimmten Hautbezirk die Blutkapillaren die Lymphe nicht fortwährend in gleicher Menge und auch nicht eine Lymphe von stets bestimmter, gleichbleibender und unveränderlicher Zusammensetzung. Allerdings sind diese Unterschiede unter normalen Verhältnissen in beiden Richtungen nur unbedeutende, weil unter normalen Verhältnissen auch der Bedarf des Gewebes an Nährsubstanzen ein ausgeglichener und wenig schwankender ist. Ebenso wie die Tätigkeit der Blutkapillaren bei der Blutbewegung unter normalen Verhältnissen eine ausgeglichene und wenig schwankende ist. Und deswegen ist auch das Aussehen der Haut unter normalen Verhältnissen in beiden Richtungen ein konstantes. Aber aus dieser normalen und nach beiden Richtungen im großen und ganzen stabilisierten Tätigkeit können die Blutkapillaren verdrängt werden. Ihre Tätigkeit kann nach beiden Richtungen in ein lebhafteres Tempo gebracht werden. Und ein jedes derartiges Emporschnellen, ein jedes derartiges Plus der Tätigkeit der Blutkapillaren muß sich klinisch äußern durch bestimmte, typische klinische Veränderungen an der Haut.

Wenn wir die Tätigkeit der Kapillaren bei der Blutbewegung in eine gesteigerte Aktion versetzen, wenn die Blutkapillaren den zuführenden Arterien mehr Blut zu entnehmen und dieses in sich rascher als de norma zu treiben beginnen, rötet und erwärmt sich die Haut. Aus dieser Rötung und Erwärmung der Haut können wir wiederum einen Rückschluß ziehen auf die Ursache dieser Erscheinung, d. h. auf die gesteigerte Aktion der Kapillaren bei der Blutbewegung.

Wenn wir die lymphosekretorische Tätigkeit der Kapillaren in eine gesteigerte Aktion versetzen, erscheint in dem umgebenden Gewebe mehr Lymphe als de norma in demselben zu sein pflegt, und infolgedessen bildet sich dann notwendigerweise an der Haut eine Reihe bestimmter

Digitized by Google

typischer klinischer Veränderungen, aus denen wir dann wiederum auf eine gesteigerte lymphosekretorische Tätigkeit der Kapillaren zurückschließen und dieselbe diagnostizieren können. Durch langjähriges klinisches Studium geeigneter Fälle habe ich erkannt, daß die klinischen Veränderungen, die infolge gesteigerter lymphbildender Tätigkeit der Blutkapillaren in der Haut entstehen können, nicht so einfach und einförmig sind wie jene klinischen Veränderungen, die aus der gesteigerten Tätigkeit der Kapillaren bei der Blutbewegung hervorgehen. Die aus gesteigerter lymphbildender Tätigkeit hervorgehenden klinischen Erscheinungen sind weit, weit mannigfaltiger. Erstens aus dem Grunde, weil die Haut in bezug auf Lymphsekretion in zwei selbständige Gebiete zerfällt, in die papilläre und in die retikuläre Zone. Die Lymphe, die von den Kapillaren der Hautpapillen sezerniert wurde, versorgt außer dem Gewebe der Papillen selbst auch die epidermalen Zellen. Eine übermäßige Lymphsekretion in dieser Zone führt daher zu klinischen Veränderungen nicht nur in den Papillen, sondern auch im Bereiche der epidermalen Zellen. Aber schon aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der Epidermis und des bindegewebigen Anteils geht klar hervor, daß jene klinischen Veränderungen im Bereiche der Epidermis wesentlich verschieden sein müssen von jenen, die im bindegewebigen Anteil der Haut, dem papillären, retikulären und subkutanen, entstehen.

Das Aussehen der klinischen Veränderungen an der Haut infolge Lymphhypersekretion ist ein ganz anderes, wenn die Hypersekretion große Mengen von Lymphe liefert, als wenn sie nur kleine Mengen ergibt, und hängt ferner auch davon ab, ob die Hypersekretion plötzlich einsetzt in Form eines kurzdauernden Anfalls, oder ob sie sich über eine längere Zeit erstreckte.

Und schließlich kann dieses klinische Bild auch dadurch an Mannigfaltigkeit bedeutend gewinnen, wenn zu der Hypersekretion der Lymphe noch eine Hyperämie oder eine Entzündung hinzutritt.

Welche klinischen Veränderungen der Haut vermag die Lymphhypersekretion als solche hervorzubringen und welche ruft sie in Kombination mit Hyperämie oder Entzündung hervor?

Erfolgte eine plötzliche, anfallsartige, mächtige Hypersekretion von Lymphe aus den Kapillaren der Hautpapillen an einer umschriebenen Stelle, dann tritt eine plötzliche Überfüllung der Lymphspalten zwischen den Epidermiszellen ein, und auf der Haut entsteht eine mechanische Blase, die einer normal aussehenden, nicht entzündeten Basis aufsitzt. Also eine Blase, die ich als pemphigös bezeichnet habe, weil durch die Eruption derartiger Blasen der Pemphigus in gleich typischer Weise charakterisiert ist wie die Urtikaria durch die Eruption der Urticae.

Wenn sich hier die Lymphhypersekretion in einem kurzen Anfall entladen hat, heilen diese Blasen sehr bald. Wenn aber diese Hypersekretion nicht in einem kurzen Anfall erledigt ist, sondern längere Zeit anhält, entstehen an Stelle von Blasen nässende Exkoriationen oder gelbliche Borken aus eingetrockneter Lymphe. Nässende Exkoriationen an der Haut sind also stets das Zeichen einer dauernden und bedeutenden Sekretion von Lymphe in der papillären Zone. Zu ähnlichen Folgezuständen, zu

Digitized by Google

nässenden Hautflächen, führt ebenfalls eine intensive und dauernde Hypersekretion von Lymphe aus den Papillen, wenn sie auf ausgedehnten Hautterritorien stattfindet. Nässende Flächen können entweder durch Konfluenz dicht nebeneinander liegender primärer Blasen entstehen, wie dies beim Ekzem Regel ist, oder infolge Erweichung der Epidermisschichten durch übermäßig sezernierte Lymphe, die die Kohärenz der einzelnen Epidermisschichten lockert (Nikolskisches Symptom beim Pemphigus) und die normale Verhornung der obersten Epidermiszellen verhindert (Pemphigus foliaceus).

Eine geringe dauernde Hypersekretion von Lymphe aus dem Bereich der Papillen äußert sich klinisch durch Hypertrophie (die Lymphe ist ein nahrhafter Saft) sämtlicher Bestandteile, die die aus den papillären Kapillaren stammende Lymphe versorgt: der Hautpapillen, der Malpighischen Schicht (Akanthosis), der Hornschicht (Hyperkeratosis) und manchmal auch durch eine erhöhte Tätigkeit der pigmentbildenden Zellen (Hyperpigmentation), also durch das klinische und histologische Bild der sogenannten Brocqschen Lichenifikation oder der Neurodermitis der deutschen Autoren.

In der retikulären Zone des Koriums verursacht ein akuter Anfall von Lymphhypersekretion an umschriebener Stelle klinisch eine weiße Urtika. Eine dauernde oder oft sich wiederholende Lymphhypersekretion an umschriebener Stelle des Retikulum verursacht klinisch eine Quaddel der chronischen Urtika (abnormale Lichenisation der Franzosen) mit Hypertrophie des kollagenen Bindegewebes, mit Mastzellen und eventuell mit Hyperpigmentation. Eine dauernde oder oft sich wiederholende Lymphhypersekretion in diesem Bezirke an ausgedehnten Hautflächen ist die Ursache der Veränderungen der Vagabundenhaut.

Ein akuter Anfall von übermäßiger Lymphhypersekretion im Bereiche des subkutanen Gewebes verursacht das akute Quinckesche Ödem.

Ich habe bereits oben erwähnt, daß das klinische Bild der durch Lymphhypersekretion entstandenen Veränderungen durch die Kombination dieser Hypersekretion mit Hyperämie oder Entzündung noch mannigfaltiger werden kann. Durch Kombination der Urtika mit Hyperämie entsteht die Urtica rubra, eventuell auch das Erythema exsudativum. Kombiniert sich die Lymphhypersekretion in den Papillen dauernd mit einer oberflächlichen Entzündung der Haut, entsteht daraus das Ekzem. Das Ekzem kann also aus einer Neurodermitis nachträglich durch sekundäre Entzündung entstehen. Und unterscheidet sich von der einfachen Dermatitis sehr wesentlich durch seine Lymphkomponente. Diese verleiht ihm auch das spezifische klinische Aussehen und den Verlauf. Je mehr in dem Zusammenspiel dieser beiden Komponenten die Lymphkomponente zur Geltung kommt, desto mehr ist das Ekzem Ekzem. Ist sie gegenüber der Entzündung nur wenig vertreten, gewinnt das Ekzem den Charakter einer einfachen Hautentzündung. Und da im Verlaufe der Krankheit diese beiden Komponenten unaufhörlich miteinander kämpfen, um sich im klinischen Bilde zur Geltung zu bringen, dringt bald diese, bald jene mehr durch, wodurch sich das klinische Bild des Ekzems so mannigfaltig und schwankend ge-

Digitized by Google

stalten kann. Wie viele Varietäten kennen wir zwischen den beiden extremen Typen des Ekzems: dem erysipelatoides einerseits und dem pemphigoides (urtikarielles) andererseits! Der Charakter der Lymphkomponente bestimmt beim Ekzem auch seinen akuten und chronischen Typus. Eine mächtige und dauernde Lymphhypersekretion charakterisiert das akute, eine dauernde geringe das chronische Ekzem. Wir werden auch verstehen, daß, wenn die entzündlichen Symptome beim chronischen Ekzem unbedeutend sind, sein klinisches Bild der Neurodermitis sehr ähnlich werden muß.

Aus der Kombination der Lymphhypersekretion an einer zirkumskripten Stelle des Koriums (in der retikulären Zone) mit der Entzündung entsteht die Effloreszenz des Erythema exsudativum. Da hier zwei pathologisch-anatomische Komponenten an der klinischen Erscheinungsform der Effloreszenz mitwirken, muß ihr Aussehen ein buntes und veränderliches sein (multiforme). Diese Effloreszenz kann das eine Mal der Urtika, das andere Mal den rein entzündlichen Papeln und Höckern so ähnlich sein, daß sie von den genannten Effloreszenzen nicht zu unterscheiden ist. Beim Erythema exsudativum trägt zur Buntheit des klinischen Bildes noch ein wichtiges Moment bei, und das ist die leicht eintretende Lähmung der Blutkapillaren, die sich im klinischen Bild durch eine zyanotische bis blaue Farbe und ein transsudatorisches Ödem zur Geltung bringt.

In dem bisher Gesagten habe ich aber das Kapitel von der Hypersekretion der Lymphe nicht bis in alle Einzelheiten erschöpft. Ich habe nur das angeführt, was mir zum Verständnis des Wesens der Idiosynkrasie der Haut notwendig zu sein scheint. Details findet man in meinem oben bereits zitierten Buche.

Die papilläre, retikuläre und subkutane Zone sind, wie die klinische Erfahrung lehrt, bezüglich der Lymphe ganz selbständige Abschnitte. Krankheiten, bei denen wir auf der Haut gleichzeitig Symptome sehen, die von einer Erkrankung von zwei der genannten Zonen herstammen, gehören zu den Ausnahmen. Man sieht dies in der Regel nur dann, wenn die Krankheitsursache eine übermäßig akute, überaus toxische war (ein heftiges lymphagoges Gift, das Toxin eines übermäßig virulenten Mikroben). In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle pflegt das klinische Bild der Krankheit nur durch krankhafte Veränderungen, die von einer einzigen Zone stammen, gekennzeichnet zu sein. Ja, wir kennen pflanzliche und tierische Säfte, die gleichsam eine spezielle Affinität zu einer bestimmten Lymphzone der Haut zu besitzen scheinen. Wir wissen z. B., daß die Menschen nach Primula ein Ekzem bekommen, d. i. eine Hypersekretion von Lymphe in der papillären Zone, während nach der Nessel die Urtika auf der Haut aufschießt. Der lymphagoge Saft der Kopflaus macht ein Ekzem — Lymphhypersekretion in den Papillen —, der lymphagoge Saft der Kleiderlaus dagegen die Vagabundenhaut — Lymphhypersekretion im Bereiche des Koriums. Wodurch dies bedingt ist, ist schwer zu sagen. Vielleicht bloß durch eine verschiedene Reizbarkeit des lymphogenen Apparates dieser oder jener Hautzone, vielleicht aber auch noch durch andere Umstände.

Die Blutkapillaren in der Haut versehen eine doppelte Tätigkeit: sie wirken bei der Blutbewegung mit und erzeugen die Lymphe. Beide

Digitized by Google

Funktionen gehen nebeneinander her, ohne im geringsten aneinander gebunden zu sein. Steigert sich die Tätigkeit bei der Blutbewegung, muß diese gesteigerte Tätigkeit nicht von einer gesteigerten lymphbildenden Tätigkeit begleitet sein. Und umgekehrt. Und es kann daher einmal nur ein einfaches Erythem und ein andermal nur eine einfache Urtika auf der Haut vorhanden sein. Allerdings können manchmal auch beide Funktionen durch irgend eine Schädlichkeit gleichzeitig in eine lebhaftere Aktion versetzt werden. Dafür sprechen ganz deutlich die Urtica rubra, das rote QUINCKEsche Ödem und das Vorhandensein erythematöser Flecke auf der Haut neben urtikariellen Quaddeln.

Jede dieser beiden Funktionen steht unter dem Einfluß eines besonderen Nervensystems, des vasomotorischen einerseits und des sekretorischen andererseits. Beide lassen sich durch Reize der verschiedensten Art aus dem normalen Geleise herausheben: artifiziell, mikrobiell und neurogen. Nur in einer Richtung besteht in dieser Hinsicht zwischen beiden ein wesentlicher Unterschied. Die Tätigkeit der Kapillaren bei der Blutbewegung läßt sich viel leichter steigern als ihre lymphbildende Funktion. Ihr Apparat, der bei der Blutbewegung mitwirkt, läßt sich viel leichter reizen und ist daher viel empfindlicher, reizbarer als ihr lymphbildender Apparat. Biologisch läßt sich diese sehr zweckmäßige Einrichtung leicht erklären. Das Blut ist nicht bloß der Träger der Nährstoffe, sondern auch der Schutzstoffe. Dem Organismus muß daher die Fähigkeit gegeben sein, seine Schutzstoffe, also das Blut als deren Träger, rasch dorthin zu werfen, wo sie am dringendsten benötigt werden. Er muß demnach einen sehr elastischen, empfindlichen Blutkreislauf haben, der auf den leisesten Anruf, auf den geringsten Reiz zu reagieren befähigt ist. Und von den einzelnen Abschnitten des Blutkreislaufs: Herz, große Gefäße, Kapillaren, müssen mit dieser Elastizität und Empfindlichkeit vor allem die Blutkapillaren ausgestatet sein, welche den Kontakt des Blutes mit den Geweben vermitteln. Wie groß die Empfindlichkeit und die Funktionselastizität der Kapillaren in dieser Hinsicht ist, davon können wir uns durch einen sehr einfachen Versuch überzeugen. Drücken wir irgendwo auf die Haut den Finger und anämisieren wir auf diese Weise für einen Moment die Haut! Wie rasch und prompt rötet sich diese Stelle, wenn der Druck aufhört! Die anämisierte Stelle befand sich in Sauerstoffnot. Und siehe da! Wie blitzschnell vermögen ihr die Kapillaren helfend beizuspringen, wie prompt beschleunigen sie den Zufluß frischen, sauerstoffreichen Blutes zu jener Stelle!

Eine solche Empfindlichkeit und Elastizität hat die lymphbildende Einrichtung der Kapillaren offenbar nicht notwendig. Vielleicht wäre sie sogar von Schaden. Deswegen läßt sich die normale Tätigkeit dieses Apparates nicht so leicht in andere Bahnen leiten. Wird aber diese Einrichtung aus irgend einem Grunde überempfindlich, dann wissen wir, daß sie sich ebenso leicht durch Reize aller Art zu einer gesteigerten Tätigkeit aufpeitschen läßt wie die bei der Blutbewegung wirksame Komponente. In derartigen Ausnahmefällen kann man sich wiederholt davon überzeugen, daß man die Erscheinungsformen der Lymphhypersekretion (Urtika, Ekzem) z. B. auch mechanisch, durch einfaches Reiben, ja durch die bloße Aufregung, die nervöse Erregung hervorrufen kann. Ein Beweis,

Digitized by Google

daß der lymphbildende Apparat ebenso unter Nervenzufluß steht wie der Apparat für die Blutbewegung. Die klinischen Erfahrungen gestatten die Annahme, daß das autonome Nervensystem die Rolle des lymphsekretorischen Nervensystems versieht, und geben die Erklärung für die Tatsache, daß wir bei anaphylaktischen Zuständen so häufig mit Hautsymptomen, die in einer Lymphhypersekretion ihre Ursache haben, zusammentreffen.

Daraus geht hervor, daß wir für die Lymphproduktion in der Haut eine Einrichtung besitzen, welche besteht 1. aus den Blutkapillaren, welche diese Sekretion besorgen, und 2. aus Nervenfasern, welche diese Sekretion beherrschen. Die Reizung der einen oder der anderen Komponente dieses Apparates hat demnach, wenn sie genügend stark war, eine Hypersekretion von Lymphe und die aus dieser Hyperproduktion hervorgehenden klinischen Erscheinungen an der Haut zur Folge. Begreiflicherweise kann eine jede der beiden Komponenten überempfindlich werden. Daher haben bei der Erklärung des Wesens der Idiosynkrasie auch jene ein Stück Wahrheit für sich, welche behaupten, daß ihr Wesen in einer gesteigerten Empfindlichkeit der Blutkapillaren liegt, und auch Kreibich, der den Sitz jener Überempfindlichkeit in das Nervensystem verlegt. Nur muß man nach unseren obigen Ausführungen die Behauptung der ersteren dahin ergänzen, daß jene Überempfindlichkeit die lymphosekretorische Tätigkeit der Kapillaren betrifft, und zu der Kreibichschen Erklärung der Überempfindlichkeit des Nervensystems hinzufügen, daß diese Überempfindlichkeit sich nur auf die Fasern des lymphosekretorischen (autonomen) Nervensystems beziehen kann und keineswegs auf die sensitiven Fasern der Haut.

(Schluß folgt)

Aus dem venereologischen Dispensär zu Schitomir-Ukraine (Leiter: E. S. Schein-Vogel)
Frauenabteilung (Primarius: L. S. Sirota)

Zur Pathogenese und Therapie der Acne vulgaris

Von

Dr. L. S. Sirota

Seitdem Biedl zum ersten Male auf die enge Beziehung zwischen dem vegetativen Nerven- und Inkretsystem sowie auf die große Rolle, welche diese Systeme in dem Gesamtstoffwechsel spielen, und Müller auf die gerade Abhängigkeit der Haut von dem vegetativen Nervensystem hingewiesen haben, sind verschiedene Forscher (Borak, Heimann-Harty, Hoffmann, Holländer, Holzknecht, Juster, Lewin-Kahn, Lévy-Fraenckel, Lortat-Jacob und Legrain, Lürssen, Mejer, Müller, Pick, Pulay, Rost, Spillmann und Winstel, Zondek und viele andere) diesem Problem nähergetreten und haben daraus sehr bald gewisse praktische Ergebnisse gezogen.

In der von mir und meinem Schüler Herrn Dr. S. Rabinowitsch[1]) vor kurzem erschienenen Arbeit haben wir auch experimentell nachweisen

[1]) Russkij Westnik Dermatologii, 1926, Bd. 4, Nr. 10.

Digitized by Google

können, daß bei gewissen Hautkrankheiten tatsächlich Störungen im vegetativen Nerven- bzw. Inkretsystem angenommen werden müssen. Auf Grund unserer Erfahrungen schien es uns gerechtfertigt, in Übereinstimmung mit LUITHLEN anzunehmen, daß, soweit überhaupt alle biologischen und pathologischen Prozesse der Haut gewissermaßen von dem Gleichgewicht im vegetativen Nervensystem und dem Stoffwechsel abhängen, sogar ganz geringfügige Störungen in den geschilderten Systemen zu allerlei Hauterkrankungen Veranlassung geben können[1]).

Wie bekannt, schreibt man der direkten mikro-bazillären Ätiologie der Acne vulgaris sowie der unmittelbaren Wirkung verschiedener reizender Substanzen (NICOLAS und PILLON) nur ganz geringe Bedeutung zu. In den Vordergrund werden die internen Faktoren, nämlich Funktionsstörungen der Geschlechtsdrüsen, der Schilddrüse, Veränderungen an der Hypophysis und den Nebennieren gestellt (BOURRET, FELDMAN, HOLLÄNDER, PICK, ROST, STÜMPKE u. a.). Das Zusammentreffen der schon gestreiften Koinzidenz der Exazerbationen mit der Zeit des Follikelsprunges, der überwiegende Hang des weiblichen Geschlechts in den späteren Jahren zu dieser Hautaffektion (ROST), die Rolle der Ausübung des Geschlechtsverkehrs (PICK) weisen auf den Zusammenhang mit den Keimdrüsen hin. Nicht ohne Einfluß bleibt wahrscheinlich auch die HOLLÄNDERsche thyreoide Toxikose. Schwankungen in der Mineralisation des Blutes, in dem Purin-Kohlenhydrat- und Eiweißstoffwechsel (FELDMAN, LÉVIN-KAHN, LORTAT-JACOB und LEGRAIN, PAKHEISER, PULAY, ZONDEK), sowie auch die von DOBLE und CARMINOW experimentell erwiesenen kleineren p_H-Werte im Urin bei Acne-vulgaris-Kranken beweisen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit, daß auch dem Stoffwechsel ursächlich eine Rolle zugeschrieben werden kann. Die ätiologische Bedeutung der Magen-Darmstörungen (DARIER, DOBLE und CARMINOW, GLUCHENKY, HELLMER, LEWIN, RUHNKE) ist auch noch nicht sichergestellt worden; die Frage über den polyiden Vererbungsmodus (SIEMENS) steht ebenfalls vorläufig noch offen.

Da wir überhaupt sehr wenig über das eigentliche Wesen dieser Hauterkrankung wissen, stößt auch die Therapie auf sehr große Schwierigkeiten. GEBER und BLOCH, HANDOWSKY, NOBL und KANTOR, SPIETHOFF empfehlen intramuskuläre Einspritzungen von kolloidalen Schwefellösungen; CAFFERTY und CARTHY, HARROLD, MOLESWORTH, NOKARO, TRAUB, LEWIN, WARTIN und WEIDNER wollen gute Resultate von der Röntgenbehandlung bzw. bei gleichzeitiger Anwendung von Staphylokokkenautovakzine oder Terpentininjektionen gesehen haben. Viel Gutes sollen die Injektionen von kolloidalem Mangan (MALCOLM, SMITH) oder die subkutanen Injektionen eines Gemisches von Peptonen und Albumosen, das allein die proteodynamische Wirkung des voluminösen Eiweißmoleküls habe (DOBARD), leisten. Über die Behandlung mit der polyvalenten antipyogenen Vakzin BRUSCHETTINIS (MORINI) sowie mit der PONNDORF-Impfung (BURCHARD) und mit der parenteralen Autovakzineanwendung (MAGNENOT) sind die Erfahrungen noch sehr gering. In jüngster Zeit hat die Be-

[1]) In einer größeren experimentellen Arbeit werde ich mit Herrn Dr. S. O. CHIGER in kurzer Zeit an anderer Stelle ausführlicher darüber berichten.

Digitized by Google

handlung mit Ichthyol eine ziemlich große Anwendung gefunden. Falls Störungen von seiten des Magen-Darmtraktus vorliegen, wird nebenbei auch eine interne Behandlung empfohlen.

Die Mehrzahl der oben geschilderten Behandlungsmethoden sucht die Heilung der Acne vulgaris auf dem Wege einer unspezifischen, desensibilisierenden Therapie zu erreichen. Da aber die Keime nicht essentiell sind und „die apathogen im Follikel liegenden Kokken erst sekundär unter dem Einfluß des Milieus ihre Eigenschaften ändern und pathogen werden" (Rost), so scheint, daß die Therapie andere Wege gehen muß.

An verschiedenen anderen Stellen habe ich[1]) seinerzeit über meine Erfahrungen berichtet, die ich bei der Behandlung einiger Hautkrankheiten mit intravenösen Calcium-chloratum-Einspritzungen gemacht habe. Es lag der Gedanke nahe, auch bei der Acne vulgaris diese Behandlungsmethode anzuwenden, um so mehr, als Studien über den Kalziumgehalt im Blute bei verschiedenen Dermatosen und speziell bei der Acne vulgaris gewisse Abweichungen von der Norm erwiesen haben. Es soll hier auf eine nähere Besprechung der Wichtigkeit der Erhaltung der Konstanz der Ionenkonzentration des Kalziums sowie auf die notwendige Kalziumquantität und die Dissoziation der Kalziumverbindungen im Blute nicht eingegangen werden[2]).

Für die Behandlung wurden hauptsächlich Frauen und Männer[3]) mit sehr hartnäckigem Krankheitsverlauf gewählt. Bei fast allen Kranken waren außer dem Gesicht auch Brust und Rücken stark befallen. Die intravenösen Einspritzungen einer 10%igen sterilen Calcium-chloratum-Lösung wurden jeden dritten Tag gemacht; im ganzen waren 10—15 Einspritzungen (je 5,0 pro dosi) notwendig, um die Akne vollständig zum Verschwinden zu bringen.

Wie bei der Behandlung anderer Dermatosen trat auch hier kein einziges Mal eine bedeutendere Störung des Allgemeinbefindens während bzw. nach der Einspritzung auf. Die Pat. klagten größtenteils nur über starkes Hitzegefühl gleich nach der Einspritzung.

Zusammenfassung

1. Die Behandlung der Acne vulgaris mit intravenösen Kalziumeinspritzungen scheint allen übrigen üblichen Behandlungsmethoden überlegen zu sein.

2. Auf Grund meiner theoretischen Überlegungen über das Wesen dieser Erkrankung sowie auf Grund meiner praktischen Erfahrungen scheint diese Behandlungsmethode vollständig gerechtfertigt zu sein[4]).

---

[1]) M. m. W., 1925, Nr. 10; Russkij Westnik Dermatologii, 1925, Bd. 3, Nr. 3; Wratschnebnaja Gaseta, 1924, Nr. 17. — [2]) Ausführlich in der von mir früher erschienenen Arbeit (s. o.). — [3]) Aus der Männerabteilung, die ich früher geleitet habe; einige Fälle sind mir von Herrn Dr. J. Tachser überlassen worden, wofür ich ihm bestens danke. — [4]) Anmerkung bei der Korrektur: Inzwischen hat sich erwiesen, daß für einige Fälle sogar 20 intravenöse $CaCl_2$-Einspritzungen notwendig sind. Bei einer gewissen Zahl der von mir auf diese Weise behandelten Kranken habe ich in der letzten Rückfälle gesehen, die sich aber nach einigen weiteren Einspritzungen sehr bald zurückgebildet haben.

Digitized by Google

Die Heilung des Rhinophyma

Von

Dr. Ambrosius Porosz in Budapest

Mit 2 Abbildungen im Text

Zur Behebung dieses so auffallenden Übels werden vielerlei Heilverfahren angewendet. Für sehr leichte Fälle empfiehlt Juliusberg Resorzin-β-Naphtholsalbe und wendet sie in solcher Stärke an, daß die obere Hautschicht sich gänzlich ablöse. Nur mit großer Geduld, oft nach wiederholter Abschuppung, ist Erfolg zu erwarten, doch kein voller. Bei vorgeschrittenen Fällen ist dieses Verfahren nicht mehr zweckentsprechend.

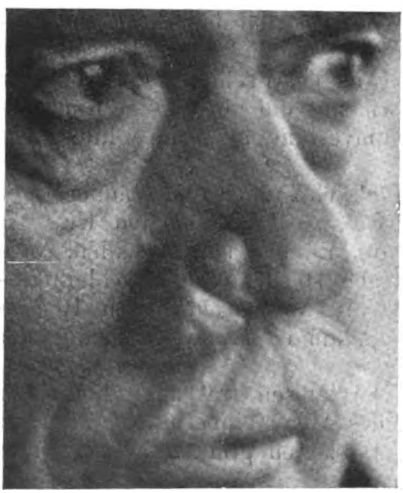


Abb. 1

Abb. 2

Schaeffer empfiehlt im Anfangsstadium stark gedämpfte Röntgenbestrahlung oder Kohlensäureschnee.

Unbedingt besseren Erfolg bietet in solchen Fällen die chirurgische Behandlung. Bei der Veielschen Skarifikation, oder bei der Dekortikation mit dem Messer kommen schwer stillbare, nicht unwesentliche parenchymatöse Blutungen vor. Während der Operation muß man darauf achten, daß die Nasenhöhle nicht beschädigt werde, hernach wird ein Druckverband angelegt. Mit Rücksicht auf die große Wundfläche wird auch bisweilen Transplantation ausgeführt.

Entwickeltes Rhinophyma kann nur auf operativem Wege so weit geheilt werden, daß die entstellte Nase eine angemessene Form erhalte. Als die ideale Operationsart erscheint mir hierfür das elektrokaustische Messer, welches auch den besonderen Vorzug hat, daß überhaupt keine Blutung eintritt. Druck- und Deckverband sind dabei überflüssig. Dieses Verfahren habe ich im nachfolgenden Falle mit Erfolg angewendet.

Beide Nasenflügel meines 58 Jahre alten Patienten waren stark verdickt und wulstig; am Rande des rechten Nasenflügels hing außerdem je eine Exkreszens von Haselnuß- und Walnußgröße herab (Abb. 1). Diese löste ich mit elektrokaustischem Messer ab, darauf achtend, daß der Rand des Nasenflügels eine normale anatomische Form erhalte. Dies ist um so schwerer, weil der knorpelige Nasenflügel die harte Konsistenz nicht

Digitized by Google

mehr erkennen läßt und sich gleichfalls schwammigweich anfühlt. Bei diesem Verfahren tritt keinerlei Blutung ein, ja sogar der lästige Verband wird überflüssig, da am Orte des Eingriffes sich eine der Luft ausgesetzte Kruste bildet, welche die Wunde vollkommen bedeckt und nicht nur jedwede postoperative Schmerzhaftigkeit verhindert, sondern auch die Epithelbildung ganz wesentlich beschleunigt. Die Epithelbildung unter der Kruste ist die denkbar vollkommenste, zumal sie auch vor eventueller Infektion schützt.

Bei meinem Patienten vollzog ich die Operation in vier Zeiten, teils aus kosmetischen Gründen, teils um die Nasenflügel symmetrischer formen zu können. Die mit der Kruste bedeckte Wunde heilte sehr rasch, ungefähr in 10—14 Tagen, vorzüglich deshalb, weil aus der Wand des Epithels der weiten und tiefen Talgdrüsen die Epithelisierung in Gang kommt.

Von den abgelösten Teilen wurden Präparate verfertigt (Justus), welche das histologische Bild der Rhinophyma zeigten: lockere Bindegewebehypertrophie, hyperplastische und zystisch erweiterte Talgdrüsen.

Über die Sterilisation und die sterile Aufbewahrung von Seidenbougies und Seidenkatheter

Von

Dr. Albert Rosenburg,

Facharzt für Chirurgie und Urologie zu Mannheim

Mit 2 Abbildungen im Text

Meine Studien, die Sterilisation und sterile Aufbewahrung der Ureterenkatheter zu verbessern, führten mich zu einer Kombination der schon lange bekannten Formalindampfsterilisation mit der gleichzeitigen Trocknung der Katheter durch Calcium chloratum cristallisatum. Diese Kombination hat sich seit ihrer Einführung vor etwa einem Jahre so bewährt, daß die Nachfrage nach der von mir angegebenen Aufbewahrungs-

Abb. 1. Gesamtansicht der Sterilisier-Trockenröhre, auf der das Nebenröhrchen mit Calc. chlorat. crist. deutlich zu erkennen ist. Gesamtlänge der Röhre 45 cm

röhre sich ständig steigert. Das System, das ich im Mai 1926 in der Zschr. f. urol. Chir., Bd. 21, H. 1/2, S. 14—16 veröffentlichte, besteht darin, daß das Calcium chloratum in ein Nebenrohr eingebracht wird, so daß das Kondenswasser sich auch im Nebenrohr ansammelt, während die Formalindämpfe von der entgegengesetzten Seite des Tubus, von dem im Stopfen befindlichen Tonsieb aus, wirken.

Bei Gelegenheit einer Demonstration dieser Aufbewahrungsröhre, in der, wie wir gesehen haben, die Ureterenkatheter gleichzeitig getrocknet und durch die Formalindämpfe sterilisiert werden, wurde aus der Reihe der anwesenden Dermatologen angeregt, auch für die gewöhnlichen Katheter, besonders für die Seidenkatheter, einen solchen Apparat zu konstruieren, dessen Glasröhre ja nur weiter und kürzer zu sein brauchte. Die beigegebenen Abbildungen zeigen diesen Apparat (Abb. 1), der, auf 2 Metalluntersätzen ruhend, bequem in jedem Instrumentenschrank aufbewahrt werden kann. Die Röhre ist hier nur 42 cm, der ganze Apparat 45 cm lang.

Vor dem Einlegen der Katheter wird der Apparat, und zwar das Nebenröhrchen, mit Calcium chloratum cristallisatum und das Tonsieb im Gummistopfen, das auf Abb. 2 gut zu erkennen ist, mit Formalintabletten beschickt. Darauf werden die Seidenbougies, die in einer desinfizierten Lösung, z. B. Oxyzyanatlösung, 1 Stunde lagen, mit steriler Watte abgewischt — Seidenkatheter läßt man abtropfen — und in das Aufbewahrungs-

Digitized by Google

rohr eingebracht, wo sie in ganz kurzer Zeit getrocknet und durch die Formalindämpfe nochmals desinfiziert werden. Gummikatheter wird man im allgemeinen sofort nach Gebrauch auskochen und, nachdem man sie hat abtropfen lassen, zur sterilen Aufbewahrung in das Rohr legen, so daß sie jederzeit benutzbar sind. Die leichte Handhabung, der geringe Preis und besonders der Umstand, daß der Arzt dann stets bereit ist, werden diesen Apparat in Zukunft zum unentbehrlichen Teil des ärztlichen Instrumentariums nicht nur des Dermatologen, sondern auch des praktischen Arztes machen. So wird der Fall, daß ein Mann, der mit einer akuten Harnverhaltung zum Arzt kommt, erst darauf warten muß, bis die Katheter gefunden und dann ausgekocht sind, nicht

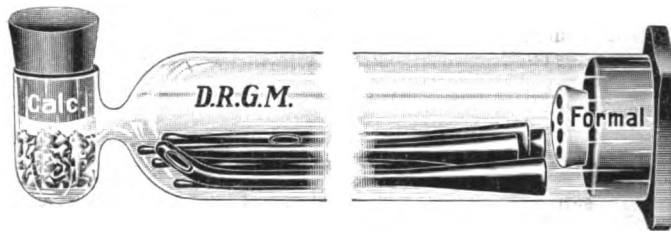


Abb. 2. Vergrößerte Ansicht der beiden Enden der Röhre. Das Gefäß zur Aufnahme des Calc. chlorat. crist. sowie das Tonsieb, das die Formalintabletten enthält, ist deutlich zu erkennen. Das Calc. chlorat. crist. dient zum Austrocknen, die Formalintabletten zum Sterilisieren der Katheter

mehr eintreten; um so mehr als der getrocknete und abgekühlte Gummikatheter, wie er aus dem Aufbewahrungsrohr entnommen wird, viel leichter zu handhaben ist, wie der erst frisch ausgekochte Katheter, der dann meist durch das Kochen sehr weich geworden ist. Der Apparat wird von der Firma Agema-A.G., vorm. Louis und H. Löwenstein, Berlin, hergestellt.

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 8. März 1927

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

1. Buschke demonstriert a) einen 26 Jahre alten Mann mit **Salvarsanexanthem** und zwei handtellergroßen **Nekrosen** am linken Ober- und Vorderarm. Die Dermatitis ist unter Pigmentierung abgeheilt, die Nekrosen haben sich abgestoßen; an den betreffenden Stellen befinden sich jetzt Granulationen. Wahrscheinlich wird eine Transplantation erforderlich sein. Bei einem Mädchen mit Salvarsandermatitis sah B. ebenfalls eine kleine Nekrose am rechten Oberarm

b) Frau mit strichförmig auf Ober- und Vorderarm angeordnetem **Kavernom.**

c) **Lupus erythematodes acutus** nach Krysolgan, bei dem in der vorigen Sitzung demonstrierten Kind; auf Rumpf und Extremitäten anscheinend follikulär angeordnete, stecknadelkopf- bis linsengroße Herde vom Typus des Lupus erythematodes chronicus. Allgemeinbefinden gut. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

Diskussion. Zu b) E. Saalfeld fragt, ob Erfahrungen über die Behandlung der Kavernome mit kochendem Wasser vorliegen.

Bruhns erinnert daran, daß Ehrmann und Falkenstein in ihrer ausführlichen neueren Arbeit über Lupus erythematodes ebenfalls betonen, daß in den Fällen von Lupus erythematodes chronicus cum exacerbatione acuta dieses Akutwerden sich besonders erkennen lasse auf Einwirkung von Reizen hin, wie Belichtung, irritierender Behandlung usw.

2. E. Langer (Klinik Buschke). a) **Gummata an der Stelle von Wismutinjektionen.** 45jähr. Pat. mit gruppiertem tertiärem Syphilid. Behandlung mit Jodkali und

Digitized by Google

Bi-Injektionen. Nach der 6. Bi-Injektion Klagen über Schmerzen in den beiden Hüftgelenken bei aktiver und passiver Bewegung. Objektiv nichts feststellbar. Unter der weiteren Behandlung, unter der das Syphilid abheilte, Zunahme der Schmerzen, so daß mit der 10. Bi-Injektion die Kur abgebrochen und als Schmierkur fortgeführt wird. Verschlechterung des Allgemeinbefindens; Schmierkur wird ebenfalls abgesetzt. Röntgenologisch bei wiederholten Kontrollaufnahmen beide Hüftgelenke frei; keine periostalen Veränderungen, keine sichtbaren Wismutablagerungen in der Glutäalmuskulatur. Dagegen läßt sich jetzt eine sehr erhebliche Atrophie der Glutäalmuskulatur feststellen, die sich infiltriert und ödematös anfühlt. In dem diffusen Infiltrat sind zahlreiche harte, bis zu kinderfaustgroße, sehr schmerzhafte Knoten fühlbar. Es scheint sich demnach um multiple Gummen auf dem Boden der früher vorgenommenen Wismutinjektionen und um eine damit in Verbindung stehende hochgradige Atrophie der Glutäen zu handeln, durch die allein die Bewegungsstörungen bedingt sind.

b) **Therapieresistente Lues III.** 33jähr. Pat. (bereits vor 2 Jahren in der März-Sitzung mit totaler gummöser Zerstörung des Penis, schwerer Blutung und taubeneigroßem ulzeriertem Syphilid am Mons veneris vorgestellt). Seit dieser Zeit ist Pat. ununterbrochen in unserer Behandlung. Unter Schmierkur und Jodkali heilte die gummöse Zerstörung am Penis mit Granulations- und Narbenbildung ab. Der Penis ist stark verstümmelt. Urinentleerung aus einer dünnen Schleimhautrinne, die zum großen Teil freiliegt, gut möglich. Dagegen reinigten sich die Ulzerationen am Mons veneris nicht. Unter der kombinierten Salvarsan- (im ganzen 5,2 g) Schmierkurbehandlung kam es statt zur Abheilung zu einer weiteren Ausdehnung der ulzerösen Prozesse auf den Mons veneris. Nach einer Röntgenreizbestrahlung fing zwar zentral eine Granulationsbildung an, am Rande schritt die Ulzeration aber serpiginös weiter. Auch eine Pyrogallusbehandlung blieb erfolglos. Es bildeten sich außerhalb der Ulzeration neue Knoten, die einschmolzen, durchbrachen und sich dann serpiginös weiter ausdehnten, zum Teil mit dem alten Herd konfluierten. Im Herbst 1925 wurde unter Berücksichtigung des schlechter werdenden Allgemeinbefindens und der weiteren Ausdehnung der ulzerierten Herde vorsichtig mit einer Wismut-Jodkalibehandlung begonnen. Nach der 6. Injektion mußte wegen Darmerscheinungen abgebrochen werden. Nach Besserung des Allgemeinbefindens kombinierte Höhensonnen-Novotropinbehandlung, ohne wesentliche Beeinflussung der Erscheinungen zu erreichen. März 1926 Versuch einer Schmierkur-Jodkalibehandlung. Nach 3 Wochen Aufhören wegen Dermatitis. In den folgenden Monaten Verschlechterung des Allgemeinbefindens, starke Gewichtsabnahme, Magen- und Darmerscheinungen, Ausscheidung von großen Mengen Eiweiß (Amyloid?), Depressionszustand. Erst im Juli 1926 geringe allgemeine Besserung, daraufhin Beginn einer neuen Neosalvarsanbehandlung. Bis September werden im ganzen 3 g gegeben. Trotzdem bilden sich auf einem zunächst intertriginösen Ekzem in beiden Oberschenkelbeugen anfangs oberflächliche, dann tief und sich serpiginös ausdehnende Ulzerationen mit der typischen tertiär-luetischen Form. Oktober/November 1926 erneute Röntgenreizbestrahlung, ohne Besserung zu erzielen. Wie bisher immer Reinigung der Ulzerationen, schlaffe Granulationsbildung und serpiginöses Weiterschreiten, so daß in toto der Prozeß sich über dem Mons veneris bis zur Hälfte zwischen Symphyse und Nabel und seitlich bis fast an die Spinae iliac. ant. und auf der Oberschenkelinnenseite bis zur Mitte derselben ausdehnt. Dekubitus über dem Kreuzbein. Wegen des wieder sehr schlechten Allgemeinbefindens kann eine neue spezifische Behandlung nicht vorgenommen werden. Versuch einer oralen Eiweißtherapie muß wegen Magen-Darmstörungen aufgegeben werden. Ende Dezember 1926 Beginn einer Wundbehandlung mit Granugenol als Salbe nach Anfrischung der Wundränder. Seit Mitte Januar 1927 plötzliche allgemeine Besserung. Pat. ist bedeutend frischer, auch psychisch wieder besser, nimmt an Gewicht zu. Die Ulzerationen sind vollständig gereinigt und granulieren. März 1927 sind die Herde sämtlich vollständig vernarbt; Pat. kann bereits wieder einigermaßen herumgehen. Wesentliche Allgemeinbesserung.

c) **Demonstration eines Präparates von einer phlegmonösen gonorrhoischen Arthritis.** 22jähr. Mann, der wegen einer Blennorrhoe ant. post., Adnexitis und phlegmonösen Arthritis eingeliefert wurde. Er bekam Erscheinungen einer blennorrhoischen Sepsis. Typische Fieberkurve, Gonokokken wiederholt im Blut nachgewiesen. Während der Besserung plötzlich septische Angina. Exitus nach 3 Tagen. Das Gelenk zeigt eine sulzige Verdickung des ganzen paraartikulären Bandapparates, durch den die Gelenkflächen fest gegeneinander gepreßt werden. Keine Arrosion der Knochenenden. Dieser pathologische Befund beweist am besten die Richtigkeit der von uns stets bei den

Digitized by Google

paraartikulären blennorrhoischen **phlegmonösen** Arthritiden eingeschlagenen Therapie, das Gelenk in Gips zu legen und versteifen zu lassen.

Diskussion. Zu c) Buschke: Wir behandeln nur die glücklicherweise seltenen Formen phlegmonöser blennorrhoischer Arthritis mit Fixation zur Erzielung der Ankylose, besonders im Kniegelenk. Bei den übrigen blennorrhoischen Gelenken erzielen wir fast immer normale Beweglichkeit.

Zu b) F. Lesser: Betrachtet man den Fall ohne Voreingenommenheit, so muß man neben der Möglichkeit, daß es sich um eine jeder antisyphilitischen Behandlung trotzende tertiäre Lues handelt, auch noch die zweite Möglichkeit in Betracht ziehen, nämlich einen phagedänischen Schanker auf tertiärluetischer Basis. Gerade der Moment, daß der ulzeröse Prozeß während der antisyphilitischen Behandlung weiter gekrochen ist und erst bei Lokalbehandlung zur Heilung kam, spricht gegen Gummata. Die Gummiknoten stellen stationäre Nekrosen dar, die sich nicht serpiginös ausbreiten. Wir wissen, daß ein Furunkel oder ein Herpes bei einem Luetiker im Spätstadium ulzerös zerfallen kann und dann einem tertiärluetischen Prozeß, einem Gummi, täuschend ähnlich sieht. Solche Affektionen werden dann durch eine antisyphilitische Behandlung zunächst günstig beeinflußt, d. h. die syphilitische Basis wird gebessert, wie es auch im vorliegenden Falle geschah.

Buschke: Man kann natürlich die Frage diskutieren, ob ein Phagedänismus vorliegt. Das ist hier nicht anzunehmen, da die spezifische Therapie am Anfang erfolgreich war.

3. Arndt (Univ.-Hautkl.). a) Fälle von **Lichen nitidus.**
b) **Lupus erythematodes subacutus disseminatus.**
c) **Dermatomyositis.**
d) **Keratoma palmare et plantare hereditarium.**
e) **Myxoedema tuberosum** bei Basedow.
f) **Poikilodermia vascularis atrophicans (Jacobi?).**

Diskussion. Zu a) Pinkus erinnert im Anschluß an den ausgebreiteten Fall von Lichen nitidus, der mit Lichenisation und ausgedehnten flachen Entzündungsherden an Bein und Hüfte einherging. an die von Barber in London beschriebenen Fälle, welche darstellen, daß der Lichen nitidus nicht immer eine ganz unbedeutende hartnäckige Erkrankung sei.

Zu c) Sklarz erinnert an eine Arbeit von Simonsohn und an eine Publikation aus der Breslauer Haut- und Nervenklinik. Bei den in Frage kommenden Fällen bestanden ebenfalls merkwürdige Erscheinungen von seiten des Verdauungskanals, wie der hier vorgestellte Fall ja auch Schluckbeschwerden aufwies. Bei dem Simonsohnschen Fall wurde sogar eine Operation wegen Ileus- oder Peritonitisverdachtes vorgenommen, ohne daß etwas gefunden wurde. Es handelte sich hier wohl um Erscheinungen, die mit Alterationen des Plexus coeliacus zusammenhängen mögen. Eines größeren Interesses entbehrt in diesem Zusammenhang gewiß nicht ein Fall aus meiner Praxis. Der Pat. hatte auch eine Dermatoneuromyositis mit Schluck- und Magenbeschwerden. Obwohl ich mir bewußt war, daß diese rein nervösen Ursprungs sein konnten, hörten wir nicht auf, weiter zu untersuchen, und schließlich wurde tatsächlich ein Ösophaguskarzinom festgestellt, an dem der Kranke viele Monate später zugrunde ging.

4. Bruhns. a) **Akromegalie.** 31jähr. Mann, Anamnese bezüglich früherer Krankheiten und erblicher Belastung belanglos. Seit 1915 merkt Pat. Wachstum der Hände und Füße. 1914 hatte Pat. Stiefelgröße 42, jetzt ist 46 zu klein; er muß sich die Schuhe nach Maß machen lassen. 1916 fiel einem Zahnarzt auf, daß die Zähne des Ober- und Unterkiefers nicht aufeinanderpaßten. Jetzt tritt der Unterkiefer weit hervor; die Zähne differieren ganz voneinander, die Zunge ist sehr vergrößert, die Oberfläche vergröbert. Dicker Hals, die Seitenteile des Thorax verbreitert, Hände und Füße bedeutend vergrößert. Die Ursache der Akromegalie sehen wir in einer Wucherung der eosinophilen Zellen des Vorderlappens der Hypophyse; die Geschwulst ist meist eine gutartige im Sinne eines Adenoms. Die Wucherung kann Gesichtsfeldeinschränkung bewirken; hier ist sie nicht vorhanden. Es besteht am Augenhintergrund Chorioiditis disseminata, keine Abnahme der Sehschärfe (abgelaufene tuberkulöse Erkrankung?). Nichts von Lues nachweisbar. Schilddrüse kaum vergrößert. Blutbefund im wesentlichen normal, speziell keine Polyglobulie. Es besteht Polydypsie, sehr starker Appetit. Behaarung am Körper reichlich. Genitalorgane gut entwickelt, aber Impotenz seit mehreren Jahren, auch die Libido seit etwa 2 Jahren geschwunden. Innere Organe sonst o. B., Intelligenz gut. Röntgenbefund zeigt Vergrößerung der Sella turcica ungefähr auf das Vier-

Digitized by Google

fache. Therapie: Organpräparate ohne Erfolg gegeben, auch Versuch einer Luesbehandlung hat zu nichts geführt. Es soll Röntgenbestrahlung des Schädels versucht werden.

b) **Pytriasis-rosea-ähnliches Salvarsanexanthem.** Seit 6 Wochen bestehend, nach der vierten Spritze (normale kleine Dosen) aufgetreten, in Form von Flecken, die vollkommen einer Pityriasis rosea gleichen; nur an einer Stelle des Rückens etwas streifenförmig. Seit etwa einer Woche lichenifizieren sich einige der Flecken, so daß sich jetzt ein Salvarsanlichen zu entwickeln scheint.

c) **Bericht über einen tödlich verlaufenem Fall von akutem Lupus erythematodes.** Fall von Lupus erythematodes cum exacerbatione acuta (nach Bezeichnung von Ehrmann und Falkenstein). 32jähr. Frau hatte typischen Lupus erythematodes der Wangen seit 1917, war gebessert, wieder verschlimmert seit Sommer 1925. Im November 1925 plötzlich erysipelähnliche Schwellung und Rötung im Gesicht, am Hals bis unterhalb der Mammae, an der Unterbauchgegend und an den Armen. Hohe Temperaturen bis 40° von etwas septischem Verlauf. Das Besondere war außerordentliche große Blasenbildungen, schließlich durch Konfluenz Abhebung der ganzen Oberhaut von der oberen Brustgegend bis zu den Inguines, ebenso an den Armen, wie bei Verbrennung zweiten Grades (Demonstration von Abbildungen). Nach ziemlich rasch erfolgter Überhäutung atrophische Hautbeschaffenheit besonders im Gesicht auch außerhalb der früher befallenen Stellen, an der oberen Brustgegend und an den Armen. Im Blut fehlten die eosinophilen Zellen. Unter anhaltendem Fieber Exitus etwa 4 Wochen nach Beginn des akuten Ausbruches. Sektion ergab nichts Wesentliches, eine verkalkte Mesenterialdrüse, sonst nichts von Tuberkeln. Im Gehirn bei genauer histologischer Untersuchung (Prof. Bielschowsky) nichts Besonderes nachweisbar.

d) **Achorion gypseum.** Kulturen und Bilder von zwei Fällen. Im ersten Fall markstückgroße trockene, schuppende Stelle an der rechten Hand vom Aussehen einer Trichophytie. Die betreffende Pat. gab selbst an, daß sie sich wohl von ihren Hühnern infiziert habe; bei diesen wurden gelbe, favusartige Beläge auf den Kämmen gefunden. Abimpfung von dem Herd bei der Pat. ergab weißgelb gefärbte Kulturen, mikroskopisch mit sehr vielen Spindeln, Reinokulation auf Ratte und besonders auf einen Hahn ergab favusähnliche Skutula. Der Herd bei der Pat. heilte von selbst ab. Der zweite Fall zeigte große impetigoähnliche Blasenbildung am Zeigefinger. Abimpfung ergab gleiche Kultur wie in Fall 1, Tierimpfung fehlt allerdings noch. Dieser Fall heilte nur unter antiparasitärer Behandlung aus.

Diskussion zu a) Pulvermacher weist darauf hin, daß die in dem hier vorgestellten Fall von Akromegalie vorhandene Impotenz auf eine Störung der benachbarten Nervenzentren hindeutet. Der Hypophysenvorderlappen scheine in der Pubertätsperiode bis zur Reifung die Keimdrüsenfunktion zu fördern und später für ihren Befund zu sorgen; bezüglich der Therapie erinnert P. an die Arbeiten von O. Hirsch-Wien. Bei den bisher vorliegenden geringen Befunden über die Haut bei Akromegalie wird um diesbezügliche histologische Untersuchung gebeten.

5. Heller: **Basedowsche Krankheit und Koilonychie.** 25jähr. Stenotypistin, seit 3 Jahren kinderlos verheiratet, bemerkt seit einem Jahre eine starke Anschwellung der Schilddrüse, vermehrte Schweißsekretion, Blutwallungen, Herzklopfen. Objektiv findet sich eine „Forme fruste" des Morbus Basedow. Bereits vor 3 Jahren soll eine Nagelerkrankung bestanden haben, die aber spontan heilte. Ein Jahr später begann die jetzt bestehende Koilonychie ohne irgend eine äußere Noxe. Es erkrankten die Nägel R. II, dann L. II und III, schließlich R. III (die Symmetrie ist auffällig). Typische Aushöhlung und Schüsselbildung dreier Nägel (8—10 Tropfen Wasser faßt die Höhlung). Bei Untersuchung von 80—90 Basedowfällen hat Heller nur einmal noch Koilonychie gefunden. Es handelte sich auch um Basedowoide. Schwere und schwerste Fälle zeigten die Erkrankung nicht. Auch im vorgestellten Fall ist ein zeitlicher Zusammenfall von Nagelaffektion und Ausbildung von Basedowsymptomen nicht zu konstatieren. Der Zusammenhang zwischen Koilonychie und Hyperthyreoidismus ist durch diesen Fall auch nicht bewiesen.

M. Gumpert: Schlußwort zu dem Vortrag: **Zur Geschichte der Abnahme der Syphilis.** Die Statistik ist zweifellos das mystischste Gebiet der Medizin; alles Mißtrauen ist hier gerechtfertigt. Ich hätte mich nicht auf diesen gefährlichen, offenbar nur wenigen vorbehaltenen Boden begeben, wenn ich nicht alle theoretischen Bedenken absichtlich beiseite gelassen und in ganz naiver Weise alle mir aus dem fraglichen Zeitabschnitt erreichbaren Statistiken nebeneinandergestellt hätte. Selbstverständlich geben

Digitized by Google

die militärischen Angaben, wie Haustein einwendet, kein klares Bild über den absoluten Stand der venerischen Erkrankungen, da sie sich ja nur auf eine kleine, wenn auch die wichtigste Altersgruppe, stützen können. Die auffallende Übereinstimmung in den Schwankungen der heterogensten Kurven — Militär-, Krankenhaus- und Landesstatistiken — ist aber so unleugbar und auffallend, daß daraus doch gewisse Schlüsse gezogen werden können; denn es würde geradezu an Telepathie grenzen, wenn mehrfach zu gleicher Zeit in Italien und Schweden, den Polen Europas, die gleichen statistischen Denkfehler unterlaufen wären. Aus einzelnen Diskussionsbemerkungen geht hervor, daß ich in meinen Schlußfolgerungen mißverstanden worden bin. Ich habe keineswegs bestritten, daß sozialökonomische Faktoren und moderne Therapie einen gewissen Anteil an der Abnahme der Syphilis haben; ich wollte jedoch darauf hinweisen, und zwar an Hand eines nun schon historisch gewordenen Vorganges, daß diese Einflüsse die eigentümlichen Syphilisschwankungen nicht restlos erklären können, sondern daß noch andere Ursachen wirksam sein müssen, die auch ich nicht kenne. Sie werden vermutlich soziologischer oder rein epidemiologischer Natur sein. Es wäre verfehlt, wie Lesser es will, triumphierend auf unsere ärztlichen Erfolge hinzuweisen, wenn die Möglichkeit besteht, daß unser Optimismus sich als Täuschung erweist. Der Kredit der ärztlichen Wissenschaft ist heute nicht groß genug, als daß sie sich so verhängnisvolle Fehlschlüsse leisten könnte. Lesser verwirft jede Statistik; aber es gibt nun einmal kein besseres Mittel, um sich über die Häufigkeit von Krankheiten ein Urteil zu bilden. Wenn aber, wie es für den von mir herangezogenen Fall zutrifft, auch die subjektiven Eindrücke der damaligen Ärzte zum größten Teil die objektiven Zahlen bestätigen, so gewinnen diese dadurch meines Erachtens an Wahrscheinlichkeit. Wir müssen bedenken, daß diese Charitéstatistik zur Zeit des höchsten Syphilisanstieges begonnen wurde, und daß ein Abfall von mehreren hundert Prozenten auch früher schon zeitweise beobachtet worden ist, wie uns Paris zeigt. Besonders wertvoll waren mir in dieser Hinsicht die Bemerkungen von Mathias, daß auch 1520 und 1830 schon starke, vorübergehende Syphilisrückgänge festzustellen waren. Ich habe daraufhin die Literatur des 16. Jahrhunderts oberflächlich durchgesehen und mehr als 20 Autoren der damaligen Zeit gefunden, die ein Milderwerden der Syphilis beschreiben, einen auffallenden und ständigen Rückgang, so daß viele von ihnen sicher damit gerechnet haben, daß die Seuche in wenigen Jahren vollständig erloschen sein werde. Die Zusammenstellung dieser Dokumente werde ich an anderer Stelle vornehmen. Aber auch die Beziehungen zwischen Lues und Blennorrhoe sind so ungeklärt, daß sie weder für die sozialökonomische, noch für die therapeutische Begründung des Syphilisrückganges herangezogen werden können. Die einen sagen, die Blennorrhoe macht die Syphilisschwankungen mit, also seien wirtschaftliche Motive maßgebend; die anderen, die Blennorrhoe bleibe unverändert, also das Salvarsan. Um nur aus letzter Zeit drei Gegenbeispiele anzuführen — Kromayer hat schon viel früher einmal auf diese Divergenzen hingewiesen —: In Österreich hat die Lues von 1920—1924 konstant abgenommen; die Blennorrhoe hingegen sinkt bis 1922 steil ab, steigt aber bis 1924 wieder steil in die Höhe. Bei der Reichsmarine hat von 1922—1923 die Syphilis stark zu-, die Blennorrhoe stark abgenommen; in Frankfurt a. M. hat die Blennorrhoe von 1900—1926 stark abgenommen, die Syphilis hingegen ist beträchtlich angewachsen. Bei der zur Zeit so überaus verwickelten Organisation unseres Standes ist es, glaube ich, dem einzelnen fast unmöglich, sich auf Grund subjektiver Beobachtungen — und objektive fehlen uns bekanntlich — ein zulässiges Urteil über die Zukunft der venerischen Krankheiten zu bilden. Zweifellos spielen auch, worauf Heller hinwies, periodische Wandlungen in der Form der Liebesbeziehungen eine nicht unbedeutende Rolle. Der Sinn historischer Betrachtung scheint mir darin zu liegen, in derart unentschiedenen Augenblicken einen Weg zu weisen. Wer nun recht behalten wird, läßt sich erst in einigen Jahren sagen.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Zeitschrift für Urologie

1927, Bd. 21, H. 2

Strophantin in der Urologie, von P. Zehn-Braunschweig. S. 81. Der Verf. spritzt bei reinen Nephritiden einschließlich genuiner und sekundärer Schrumpfniere, bei subakuten und subchronischen Nephritiden, bei Erkrankungen der ableitenden Harnwege (Pyelitis acuta, chronica, Ureteritis, Zystitis); auch bei Prostatahypertrophie Strophantin intravenös 0,5—1,0 ein (soll wohl heißen 0,0005—0,001. Der Referent) und will gute Erfolge erzielt haben.

Nutzen und Schaden der Prostatamassage, von J. J. Stutzin-Berlin. S. 89. Verf. legt noch einmal seine Gründe dar, die gegen die Prostatamassage sprechen. Die Prostatamassage muß klinisch überprüft werden. Die Hauptsache liegt natürlich in der Erkenntnis, wann eine Prostatamassage notwendig ist, und vor allem, wie eine Prostatamassage auszuführen ist.

Beiträge zur Pathologie der männlichen Genitalorgane, von H. Boeminghaus, Chir. Univ.-Kl. Halle. S. 93. Verf. berichtet über einen Fall akuter aseptischer Thrombose einer Varikozele und einen Fall einer anämischen Hodennekrose im Gefolge einer Entzündung. Bei der Operation des ersten Falles findet man zahlreich erweiterte Venen des Plexus pampiniformis bis an den äußeren Leistenring prall mit geronnenem Blut gefüllt. Ein Thrombus wird entfernt. Allmähliche Heilung. Bei der Hodennekrose liegt eine Zirkulationsstörung durch Trauma zugrunde, ohne daß die Ursache der Störung ermittelt werden konnte. Die entzündlich schwieligen Veränderungen im Nebenhoden und den Samenstranghüllen könnten durch ihren Druck die Unterbindung der Zirkulation hervorrufen.

Die Behandlung der Infektion der Harnwege mit Cylotropin, von H. Nossen, Breslau. S. 97. Der Einfluß des Cylotropins bei den Erkrankungen der Harnorgane ist ein guter; Temperaturherabsetzung, Verringerung der Leukozyten, Hebung des Allgemeinbefindens. Er wurde intravenös gegeben. Besonders geeignet erscheint es zur Verhütung postoperativer Harnverhaltung.

Über Nierenkarbunkel, von R. Voß-Berlin. S. 101.

Traumen der hinteren Harnröhre, von F. Schlagintweit-München. S. 124.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Archives of Dermatology and Syphilology

1927, Bd. 15, Nr. 2

The Use of Gold and Sodium Thiosulphate in the Treatment of Lupus Erythematosus (Die Verwendung von Gold und Natriumthiosulfat bei der Behandlung des Lupus erythematodes), von J. F. Schamberg und C. S. Wright-Philadelphia. S. 119. Verff. verwandten zur Behandlung des Lupus erythematodes das Sanokrysin von Mollgard. Der Erfolg war nach Verff. auffallend; von 25 Pat. wurden 5 völlig, 6 fast ganz geheilt. Besserung trat in 12 Fällen ein, wovon einige noch in Behandlung sind. Nur einer zeigte keine Besserung und einer starb. Es folgen ausführliche Krankengeschichten und Abbildungen. Nach Injektion einer Goldeiweißverbindung gab es häufig eine Reaktion auf das Eiweiß mit Schüttelfrost und Kopfschmerzen, die meist eine halbe Stunde dauerte. Schwerer waren toxische Reaktionen auf die Goldverbindung. Das Fieber und üble Befinden dauerte dann wochenlang (blutige Stühle, Stomatitis, Metrorraghie). Als Hautreaktion trat häufig Jucken und Urtikaria auf. Üble Zufälle, die sofort nach der Spritze auftreten (Bewußtlosigkeit, Vomitus, Hemiplegie usw.), wie sie nach anderen Goldverbindungen beschrieben sind, traten nach diesen Mitteln nicht auf. Die Empfindlichkeit der Kranken ist verschieden: ein Pat. erhielt mehr als 100 Goldinjektionen,

Digitized by Google

zweimal wöchentlich während eines Jahres, ohne die geringste Reaktion zu zeigen. Die erste Injektion sollte nie mehr als 50 mg betragen, die zweite 100 mg in einwöchigem Intervall. Bei disseminiertem Lupus erythematodes darf man nur mit 25 mg anfangen und ganz langsam auf 100 mg steigen, da in einem Fall eine akute Aussaat erfolgte. Nach Verschwinden des Lupus erythematodes 1 Monat Pause, wonach einige Sicherheitsspritzen verabfolgt werden. Kontraindiziert ist das Goldthiosulfat bei Graviden, da es Wehen erregt. Da in Kopenhagen das Sanokrysin hauptsächlich bei Tuberkulose gute Resultate erzielte, so fragt man sich, ob die guten Resultate der Verff. bei Lupus erythematodes nicht für eine tuberkulöse Ätiologie des Lupus erythematodes sprechen.

Microscopic Changes in Variola (Mikroskopische Veränderungen bei Variola), von H. E. Michelson und K. Ikeda-Minneapolis. S. 138. Verff. bringen eine Reihe vorzüglicher histologischer Bilder von Pockenexanthemen in den verschiedensten Stadien. Das Material hatten sie bei 37 Sektionen entnommen. Nicht allein Hauterscheinungen, sondern auch Schleimhautaffektionen und die zurückbleibenden Narben sind ausführlich dargestellt. Es gab oft Bilder, die einem pustulösen Syphilid und einem papulo-nekrotischen Tuberkulid täuschend ähnlich sahen. In den Zellen der Peripherie wurden die von Paschen für Zellreaktionen auf den Erreger gehaltenen Einschlußkörperchen beobachtet.

A Syndrome of Blennorrhagic Keratoderma. Report of a Case (Das Krankheitsbild der blennorrhoischen Keratodermie. Bericht über einen Fall), von M. Scholtz-Los Angeles. S. 165. Bisher sind 56 Fälle in der Literatur beschrieben worden. Pat. hatte vor 8 Jahren einen schweren 16 Monate dauernden Tripper. Vor 6 Monaten nach einem Verkehr eitriger Ausfluß und 2 Wochen später äußerst schmerzhafte Gelenkschwellungen. Nach weiteren 2 Wochen Auftreten der Keratodermie besonders an den Fußsohlen. Über den ganzen Körper zerstreut waren einzelne Papeln und Pusteln. Pat. bot das Bild einer schweren Sepsis. Nach Injektion von Staphylokokkenvakzine keine Besserung; erst nach regelmäßiger Injektion von Gonokokkenvakzine Besserung des septischen Bildes bis zur völligen Gehfähigkeit und bis zum Verschwinden der Hauterscheinungen. Bei der Keratodermia blennorrhagica beherrscht die außerordentliche Parakeratose das Bild. Die Ansicht Adamsons, daß sie identisch sei mit Psoriasis und Arthritis, unterschreibt Verf. nicht. Obgleich in diesem Falle Gonokokken in der Urethra nicht nachzuweisen waren, spricht der akute heftige Prozeß gegen die chronische und schmerzhafte Arthritis, wie sie bei Psoriasis vorkommt. Außerdem war das Ansprechen auf die Gonokokkenvakzine spezifisch, da Staphylokokkenvakzine ohne Wirkung blieb. Die erste zu hohe Dosis der Gonokokkenvakzine verursachte heftige Herdreaktionen und neue Hauterscheinungen.

Monilia Infection of the Tongue (Monilia-Infektion der Zunge), von E. P. Zeisler-Chicago. S. 171. Bericht über zwei ungewöhnliche Fälle von Hefepilzinfektion des Mundes. Im ersten Fall war die Zunge vergrößert und ihre Oberfläche mit baumartig verzweigten, weißen, etwas prominenten Linien bedeckt. Die bakteriologische Untersuchung ergab Monilia pinoyi als Erreger. Im zweiten Fall waren Lippen und Zunge befallen; letztere war vergrößert, mit tiefen Fissuren und prominenten Papillen. Verf. kommt auf Grund sorgfältiger Untersuchungen zu dem Resultat, daß soorähnliche Erkrankungen der Mundschleimhaut durch verschiedene Hefepilze hervorgerufen werden können.

Arsenic Lesions of the Skin (Arsenschädigungen der Haut), von E. F. Müller, G. P. Metz und C. N. Myers-New York. S. 186. Nach der Ansicht der Verff. handelt es sich bei Dermatitis nach Salvarsaninjektionen um Arsenschädigungen des sympathischen Nervensystems. Wenn die regulierende Wirkung des Sympathikus durch Natriumthiosulfat wiederhergestellt wird, so kommt es nicht zu einer Zellschädigung, wie es bei noch stärkerer Arsenspeicherung der Fall sein würde. Beim Zustandekommen der Haut- und Leberschädigung spielt die Konstitution und die Schädigung des autonomen Nervensystems durch die Syphilis eine erhebliche Rolle.

Purpura Hemorrhagica Following Sulpharsphenamin. Report of a Case (Purpura haemorrhagica nach Sulpharsphenamin. Bericht über einen Fall), von F. C. Combes-New York. S. 194. Nach 7 Injektionen von Sulpharsphenamin (0,4) in 7tägigem Intervall bei einem Tabiker treten 2 Wochen nach der letzten Spritze Hämorrhagien der Beine mit heftigen Schmerzen auf. Bald setzen blutige Stühle und Blutungen der Mundschleimhaut ein. Etwa $2^1/_2$ Wochen später Exitus. Verf. hält eine Schädigung des Knochenmarkes durch das Sulpharsphenamin für die Ursache der Blutungen.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Digitized by Google

Annales des Maladies Vénériennes

1927, Jahrg. 52, Nr. 1

Les multiples étapes de la syphilis congénitale (Die verschiedenen Stadien der kongenitalen Syphilis), von Péhu-Lyon. S. 1. Unmittelbar nach der Geburt hat die Infektion ihren Höhepunkt erreicht. Das klinische Bild ist da am mannigfaltigsten: Pemphigus palmaris und plantaris, Vergrößerung der Milz vereint mit Hypertrophie der Leber, Schnupfen, Osteochondritis, oft Anasarka als Folge einer akuten Nephritis. Im ersten Lebensjahr stehen im Vordergrund die Veränderungen an den Knochen: die Osteochondritis und die Periostitis ossificans. Von diesen gehört den ersten Monaten die Osteochondritis an, während die Periostitis mehr eine Begleiterscheinung des zweiten Lebenshalbjahres ist. Auch weiterhin spielen die Osteopathien und mehr noch die Osteoarthropathien eine Rolle (Periostitis, Ostitis gummosa). Oft entwickeln sich außerdem im Verlaufe des ersten Halbjahres noch andere Erscheinungen, wie wiederholte Krampfanfälle, Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit, Hydrozephalus usw. Bei Beginn des zweiten Jahres stehen im Vordergrund die Anämien und die Beteiligung des Nervensystems. die Hemiplegien und die Paraplegien. Späterhin findet sich das bekannte Bild der Hutchinsonschen Trias. Beim Ausgang der Kindheit endlich finden wir wieder besonders nervöse Erscheinungen, die Tabes und die allgemeine Paralyse, jedoch nicht vor dem zwölften Lebensjahre.

Sur quelques cas d'„ulcus vulvae acutum" (Einige Fälle von Ulcus vulvae acutum), von M. Monacelli, Derm. Univ.-Kl. Rom. S. 20. Nach einer ausführlichen Darstellung der Symptomatologie, der Ätiologie, der Histopathologie, der Diagnose und der Therapie schildert Verf. drei eigene Beobachtungen von Ulcus vulvae acutum. Gemeinsam ist ihnen der akute Beginn unter heftigen Fiebererscheinungen, das Fehlen einer venerischen Infektion und die Anwesenheit des Bacillus crassus.

F. Landauer-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review

März 1927, Bd. 31, Nr. 3

Diverticula of the Urinary Bladder (Harnblasendivertikel), von H. J. Polkley-Chicago, Ill. S. 135. Überblick über Erscheinungsformen, Komplikationen, Diagnose, Behandlung (wenn möglich am besten suprapubische, extraperitoneale, intra- oder extravesikale Exzision) mit umfangreichem Literaturverzeichnis.

Some Common Difficulties in Radological Diagnosis of Urinary Lesions (Einige alltägliche Schwierigkeiten bei der Röntgendiagnose von Harnleiden), von J. Magnus Redding-London. S. 149. Die Aufnahmen erfordern eine große Übung, um Fehlerquellen auszuschalten. Schwierigkeiten kann vor allem die Entscheidung der Frage bereiten, ob Schatten von Steinen oder von anderen Körpern herrühren. Die Deutung der Pyelogramme wird auch durch viele individuelle Unterschiede in Form und Größe des Nierenbeckens bedingt.

Bladder Protection in Gynecologic Operations (Schutz der Blase bei gynäkologischen Operationen), von Ch. B. Griffiths-Newark, New Yersey. S. 155.

The Ultraviolet Light in Urology (Das ultraviolette Licht in der Urologie), von G. P. Beutel-Louisville, Ky. S. 157. Die Quarzlampe wird empfohlen für Pruritus vulvae und ani, Herpes praeputialis, Inguinaldrüsenschwellungen, Epididymitis, Vulvitis.

The Treatment of Fungus Diseases of the Head with Roentgen Rays (Die Behandlung der Pilzerkrankungen des Kopfes mit Röntgenstrahlen), von M. Y. Nemenow-Leningrad. S. 159. Beschreibung der Maßnahmen, die infolge des außerordentlich großen Umsichgreifens von Favus und Trichophytie in Rußland erforderlich geworden sind, besonders auch, um die Kinder lange genug in Behandlung und Beobachtung halten zu können. Die Röntgenbehandlung ist die beste und zuverlässigste Methode; es werden jetzt Coolidgeröhren verwendet. Stets wurde totale Epilation bewirkt. In einem kleinen Prozentsatz der Fälle blieben an einzelnen Stellen Haare stehen. Komplikationen in Form von Dermatitis wurden häufiger bei Favus als bei Trichophytie beobachtet. Reinfektionen kamen in 1,9% bei Trichophytie und 0,4% bei Favus vor, Rezidive in 0,6% bzw. 0,2%.

A Contribution to the Treatment of Pityriasis Capitis and the Prevention of the Loss of Hair Caused Thereby (Beitrag zur Behandlung der Pityriasis capitis

Digitized by Google

und Verhütung des dadurch verursachten Haarausfalles), von C. Cronquist-Malmö. S. 165. Die Behandlung der Pityriasis und ihrer Folgen hat bisher wenig befriedigende Erfolge gezeitigt. Die Krankheit muß als eine infektiöse aufgefaßt werden. Der besonders verwendete Schwefel konnte infolge mangelnder Löslichkeit keine genügende Wirksamkeit entfalten, bis jetzt ein lösliches Präparat in dem Dimethyldiphenylendisulphid dargestellt wurde, für dessen zweckmäßige Anwendung Rezepte und ein Sprayapparat angegeben werden.

Hygiene of the Scalp and Bearded Region (Hygiene des Kopfes und der Bartgegend), von L. K. McCafferty-New York. S. 169.

A Simplified and Bloodless Meatotomy (Eine einfache unblutige Meatotomie), von S. M. Gellert-Portland-Oregon. S. 176. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen

Staat und Prostitution in Hamburg, von A. Urban-Hamburg. (Verlag C. Behre, Hamburg 1927.) Noch vor der Annahme des neuen Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, das das Bordellverbot bringt, erschien die Arbeit des Nicht-Mediziners Urban. So heftig wie der Kampf für und wider das Bordell in Hamburg gewesen, so klärend wirkt diese Schrift. Sie wurde auf Grund des Aktenmaterials der Gesundheitsbehörde, der Kriminal- und der Sittenpolizei verfaßt, eines Tatsachenmaterials, das bis dahin nicht zugängig, hier erstmalig verwertet wird. In historischer Entwicklung wird das Verhalten des Hamburger Staates zur Prostitution, die polizeilichen und gesundheitlichen Maßnahmen von Beginn der Reglementierung 1807 bis zur Aufhebung der Bordelle 1922 dargestellt, und zwar in Theorie und in der Praxis. Bemerkenswert an der Arbeit ist, daß eigentlich nirgends direkt Kritik geübt wird; sondern überall, wo dies wohl angebracht wäre, tritt statt dessen eine die Sachlage eindeutig klärende Statistik oder die Veröffentlichung eines diesbezüglichen Briefwechsels aus den Akten oder ähnliches. Durch diese Objektivität wird der Schrift jede Schärfe genommen, obwohl sie naturgemäß Schäden aufdeckt, wie z. B. die Rechtswidersprüche im Vorgehen des Staates, die Tolerierung der „Beherbergehäuser", d. h. Bordelle, der „Verschickfrauen", d. h. Mädchenhandel, das trotz der Bordelle bestehende Zuhältertum, die Mängel der Gesundheitskontrolle (bis 1850 untersuchte ein einziger Bader die etwa 600 Mädchen, bis 1922 wurden die ärztlichen Untersuchungen in den Bordellen selbst vorgenommen ohne Anwendung des Mikroskops). Wenn U. zum Schluß seiner Arbeit zu einer Ablehnung der Bordelle als einer unzeitgemäßen Einrichtung kommt, so wird auch hier jedes Für und Wider sachlich und zahlenmäßig belegt — ich erwähne davon nur die interessanten Vergleiche über die konstante Zahl der Kontrollmädchen der letzten Jahrzehnte im Vergleich zu dem ständigen Anwachsen der Einwohnerzahl, des Fremdenverkehrs und des Seeschiffverkehrs in Hamburg. Aus dem mit großem Fleiß gesammelten und durchgearbeiteten Material geht mit erschütternder Deutlichkeit hervor, daß die polizeilichen Maßnahmen bei einem sozialen Übel, wie es die Prostitution ist, allein wenig vermögen.

A. de Lemos-Hamburg.

Physikalisch-technische Grundlagen der Röntgentherapie, von J. S. Hirsch und G. Holzknecht. (Preis RM. 15.—, geb. 16.50. Verlag J. Springer, Wien 1927.) Das vorliegende Lehrbuch ist die deutsche Bearbeitung eines amerikanischen, von J. S. Hirsch verfaßten, sich vornehmlich mit den technisch-physikalischen Belangen auseinandersetzenden Werkes. Im Bewußtsein, daß jede Nation von der anderen auch hierin lernen könne, und in der Anerkennung, welche die technischen Großleistungen der Amerikaner auch auf diesem Gebiete verdienen, hat Holzknecht die deutsche Bearbeitung übernommen. Wer die starke Persönlichkeit Holzknechts kennt, versteht, daß man keine sklavische Anlehnung an das amerikanische Original erwarten darf. H. und sein Mitarbeiter G. Spiegler haben nicht nur weggelassen und verändert, sondern auch hinzugefügt, um eine führende Orientierung zu schaffen, eine wesentliche Bedingung für ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Das Buch zerfällt in 3 Teile. Der erste beschäftigt sich mit den Entstehungsbedingungen der Röntgenstrahlen, den Apparaten und Röhren, er enthält ferner die Richtlinien und Schutzmaßnahmen des Röntgen- und Radiumschutzkomitees von Großbritannien. Im zweiten Teil ist von der Natur der Röntgenstrahlen die Rede, ihre Eigenschaften in physikalischer Hinsicht werden besprochen, Absorption, Filterung und Meßmethoden werden abgehandelt. Der dritte Teil

Digitized by Google

handelt von physikalischen der Dosierung, bringt einiges zur sogenannten biologischen Dosierung und bespricht die Applikationstechnik. Schließlich folgt die praktische Vereinfachung der Dosierungsmethode von Holzknecht. In dem Streben der deutschen Röntgenologen nach Hebung ihrer internationalen Geltung ist uns das Werk von Holzknecht und Spiegler eine willkommene Hilfe; daß es gerade von dem Manne ausgeht, welcher das rein ingenieurmäßige Denken des Röntgenarztes bekämpft wie nur je einer, spricht für seine Objektivität in Anerkennung der Notwendigkeit der Beherrschung auch der physikalischen Grundlagen der Röntgenologie, ohne welche sie den Charakter der Wissenschaft verlieren muß, und macht das Buch besonders wertvoll und interessant.

J. Kottmaier-Mainz.

Fundamentals of Dermatology (Grundzüge der Dermatologie), von A. Schalek. (Verlag Lea & Febiger, Philadelphia 1926.) Das Buch ist für Studenten und Allgemeinpraktiker geschrieben. Einer kurzen anatomischen Darstellung der Haut und ihrer Anhangsgebilde folgen Abschnitte über deren Physiologie, über die allgemeine Symptomatologie der Hautkrankheiten, über deren allgemeine Diagnose, über therapeutische Notizen, dermatologische Aphorismen (z. B.: Denke an Pedikulosis bei pustulösen Efloreszenzen der Kopfhaut. Schwefel macht manchmal Dermatitis. Quetsche keine Furunkel, öffne sie genügend weit) und über die Einteilung der Hautkrankheiten. Diese selber werden dann im Hauptteil, alphabetisch geordnet, dargestellt. Es herrscht überall der Wille, in möglichster Kürze möglichst viel Lehrstoff zu vermitteln, 54 mehr oder minder gute Bilder sind eingestreut. Das Buch krankt dabei natürlich — wie meist die Kompendien — an der Raumbeschränkung, mit der der Verf. selber die Fortlassung der akuten infektiösen Exantheme, der Literaturhinweise und ausführlicherer therapeutischer Winke begründet. Daß er aber dann die Hauterscheinungen der Lues (nach Abzug des Bildraumes) einschließlich der Therapie auf ganzen 12 Oktavseiten bespricht, nimmt wunder. Sachlich und wissenschaftlich ist die moderne Auffassung des Verf. vom Wesen der Hautkrankheiten rühmend hervorzuheben. E. Sklarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe

c. Therapie

Forcierte intravenöse Kalziumbehandlung der Adnexitis gonorrhoica, von J. Vonkennel, Derm. Abt. Städt. Krkhs. München-Schwabing. (M. m. W., 1926, Nr. 45, S. 1884.) Durch forcierte Kalziuminjektionen (bis 12 Inj. 10 ccm Afenil i. v., täglich appliziert!) neben der üblichen Therapie ließ sich die Dauer des akuten und subakuten Stadiums der Adnexitis blennorrhoica auf 8—12 Tage herabdrücken, das sonst meist 3 bis 4 Wochen anhält, während ganz akute Fälle in 2—3 Tagen bei 2 Injektionen am Tage kupiert wurden. Die Metropathien und profusen Blutungen stellen eine absolute Indikation für die Injektionen dar. Nebenerscheinungen sind nicht beobachtet.

H. Lewinsky-Berlin.

Kilduffe's Article Concerning the Standard of Cure in Gonorrhea (Kilduffes Aufsatz über den Nachweis der Tripperheilung), von Josef Zollschan-Györ [Ungarn]. (Med. J. and Record., 1927, Bd. 125, Nr. 2, S. 116—117.) Die Ausführungen beziehen sich auf einen im Jahre 1925 im Journal of Urology (Bd. 13, Nr. 1) erschienenen Aufsatz. Die dort ausgesprochenen Forderungen dienen nur zur Feststellung einer klinischen Heilung. Wichtiger ist jedoch die bakteriologische und zytologische Heilung, die eine genaue Untersuchung aller mit dem Harnapparat in Beziehung stehenden Drüsen erfordert. Bei genügender Übung kann man in den zu untersuchenden Sekreten schon makroskopisch die Partien erkennen, in denen sich bei der mikroskopischen Untersuchung positive Befunde ergeben. Eine außerordentlich feine Reaktion, die schon kleinste Eitermengen in den Adnexen anzeigt, ist die nach der Expression im Harn angestellte Eiterprobe nach Donné. E. Levin-Berlin.

Zur Behandlung der Zervikalgonorrhoe mit Heißluft, von F. Immel, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Nürnberg. (M. m. W., 1927, Nr. 6, S. 243.) Die Heißluftbehandlung der Zervix (Temperaturen von ca. 70° C, die aber von den Pat. nicht als Hitze empfunden werden) erzeugt lediglich eine lokale Hyperämie, ohne wesentlichen Einfluß auf den blennorrh. Prozeß, vielleicht sogar eine komplizierende Adnexitis begünstigend.

M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Zur Heißluftbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, von H. Fieser, Inn. Abt. Städt. Krkhs. Baden-Baden. (M. m. W., 1927, Nr. 3, S. 109.) Der Verf. hat die von Krzonkalla geübte Methode der Zervixbehandlung mittels des Fönapparates an einigen Fällen nachgeprüft. Durch ein weites Glasspekulum wird die heiße Luft des Fönapparates auf die vorher gereinigte und eingestellte Portio eingeblasen, bis die Kranke ein unangenehmes Hitzegefühl verspürt, das anfangs schon nach 5—10 Sekunden, später nach 2 Minuten Behandlungsdauer auftritt. Daneben wird die Lokalbehandlung (heiße Kaliumpermangatspülungen und Protargolstäbchenbehandlung der Urethra und Zervix) nicht vernachlässigt. Die Hitzeentwicklung der Fönapparate ist eine sehr intensive, die Rektaltemperatur steigt in kurzer Zeit um 3° an. Die Erfolge dieser Methode sind überraschend günstig, sowohl bei akuten, subchronischen wie ganz veralteten Blennorrhoen. Innerhalb weniger Wochen, durchschnittlich nach 15—20 Behandlungen, war der Zervixschleim nicht nur gonokokkenfrei, sondern fast völlig steril. Die einfache, billige und zeitsparende Methode erfordert eine gewissenhafte Nachprüfung am großen Material.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Traitement de la conjonctivite à gonoccoque chez le nouveau-né (Behandlung der Augenblennorrhoe des Neugeborenen), von Boussi. (J. de Méd. de Paris, 1927, Nr. 6, S. 113—114.) Halbstündlich Waschungen mit geringen Mengen Kal. permangan. 1:5000, danach einige Tropfen Argyrol 10%, 2mal täglich Ätzung der Konjunktiva mit Argent. nitr. 1%. Die Proteinkörper- und Vakzinetherapie hat beim Neugeborenen nicht so gute Wirkungen wie beim Erwachsenen. Empfehlenswert erscheint jedoch eine neue Methode der örtlichen Anwendung des Serums von Blaizof, das möglichst dauernd eingeträufelt werden soll; es enthält einen Zusatz des sehr stark gonokokkentötenden Gonakrins, wodurch allerdings die Konjunktiven eine gelbliche Färbung annehmen.

E. Levin-Berlin.

Urogenitalapparat

b. Penis, Urethra, Blase

Die Reposition der Paraphimose, von W. Steimann-Dortmund. (M. m. W., 1926, Nr. 45, S. 1886.) Die Reposition der Paraphimose gelingt meist auch ohne Skarifikation des Ödems.

H. Lewinsky-Berlin.

Über die Ätiologie der sogenannten Callusgeschwülste der männlichen Harnröhre, v. F. Reischauer, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (Bruns' Beitr., 1927, Bd. 138, H. 4, S. 695.) Mitteilung eines Falles. Lokalisation am Penisschaft. Genauer histologischer Befund. Verf. lehnt die von früheren Verff. aufgestellte Theorie, daß chronische Urininfiltration infolge von Strikturen oder Harnröhrenfisteln die Ursache dieser seltenen Tumoren sei, ab. Auf Grund des histologischen Befundes und der Ähnlichkeit mit anderen infektiösen Granulationsgeschwülsten hält Verf. die Kallusgeschwülste der Harnröhre des Mannes für „bestimmt charakterisierte plasmozytäre Granulationsgeschwülste, welche mit starker epithelialer Wucherung einhergehen und wahrscheinlich entzündliche Produkte einer spezifischen parasitären Infektion darstellen".

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Les urétrites simples; leurs traitements (Urethritis simplex; ihre Behandlung), von Georges Barbellion-Paris. (J. de Méd. de Paris, 1927, Nr. 1, S. 9—10.) Nichts Besonderes.

E. Levin-Berlin.

Invasion von Strongyloides intestinalis in den Urogenitaltrakt, von W. Robitschek, I. Med. Abt. Krkhs. Wieden, Wien. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 101, H. 4/6, S. 419.) Die 55jähr. Pat. litt seit 1 Jahr an häufigem, auch nächtlichem Urindrang und Brennen in der Harnblasengegend. Im Sediment des klaren, eiweißfreien Urins fanden sich Larven und geschlechtsreife Formen von Strongyloides intestinalis. Im Stuhl konnten niemals Parasiten nachgewiesen werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Ascaris lumbricoides in der Blase, von M. Carsten-Stuttgart. (D. m. W., 1927, Nr. 10, S. 411.) Durch Katheterismus der Blase bei einem 69jähr. Pat. wurden zwei, 10 und 20 cm lange Würmer entfernt. Der Pat. litt an Harnverhaltung. Urin war trüb, jauchig und enthielt Askarideneier. Verf. glaubt, daß die Askarideneier auf dem Lymphwege in die Blase gelangt sind. Eine Blasen-Mastdarmfistel war nicht vorhanden. Nach Beseitigung der Harnverhaltung wurde bei dem Pat. noch eine subakute Blennorrhoe festgestellt.

F. Harry-Wiesbaden.

Was leistet Urotropin in der Therapie der infektiösen Erkrankungen der ableitenden Harnwege? von H. Schulten, Med. Univ.-Polikl. Hamburg. (M. m. W.,

Digitized by Google

1927, Nr. 4, S. 151.) Das Hauptgebiet des Urotropins bildet die Zystitis und Bakteriurie, weniger leistet es bei Zystopyelitis und Pyelitis. Die bisher üblichen Dosen müssen aber bedeutend erhöht werden, 8—12 g pro die. An 3 mitgeteilten Fällen wird die prompte Wirkung demonstriert. M. Cohn-Dresden.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Ein Fall von Zwischenzellengeschwulst in einem ektopischen Hoden bei Pseudohermaphroditismus masculinus internus, von R. de Josselin de Jong, Path. Univ.-Inst. Utrecht. (Frankf. Zschr. f. Path., 1926, Bd. 34, H. 3, S. 420.) Bei einem 42 Jahr alten Mann fühlt man links im Hypogastrium eine kinderhauptgroße Geschwulst bis zur Höhe der Nabelhorizontale reichend und nach rechts über die Mittellinie gehend. Die Diagnose lautet nach Operation auf Pseudohermaphroditismus masculinus internus. Mikroskopisch: ein amorphe, ödematöse, blutige oder körnige Masse, eine starke Nekrose des Gewebes. In den teilweise wohlerhaltenen Zellengruppen sind meistens die Zellen degeneriert. Diagnose: Sarkoma mit ausgebreiteter Nekrose, Blutungen und Degeneration der Zellen. Keimdrüsengewebe nirgends zu sehen. In dem Stiel der Geschwulst findet man eine Anzahl Kanälchen von dem Typus der Nebenhodenkanälchen. Die Geschwulst zeigt Teile, welche deutlich das Bild einer Uterusschleimhaut zeigt, mit wenig zystisch erweiterten Drüsen. W. Chrzelitzer-Waldenburg i. Schl.

Hodenuntersuchungen bei verschiedenen Erkrankungen, insbesondere Cholesterinämien, von K. Kawamoto-Frankfurt a. M. (Frankf. Zschr. f. Path., 1926, Bd. 34, H. 3, S. 409.) Seine Untersuchungen ergaben zunächst die Feststellung von verschiedenen Lipoidreaktionen, in den Samenzellen als in die Gruppe der Phosphatide gehörig, in den Zwischenzellen als Cholesterinester und Cholesterin-Fettsäuregemische erscheinend. Bei Erkrankungen mit Hypercholesterinämie findet eine reichliche Ablagerung von Cholesterin in den Zwischenzellen nicht statt. Jedenfalls sind die Befunde sehr schwankend, bei Diabetes war der Lipoidgehalt vermindert; der Gehalt an histochemisch nachweisbarem Cholesterin in den Zwischenzellen des Hodens ist nicht direkt oder wenigstens nicht allein abhängig von dem Blutcholesteringehalt. Jedenfalls sind die Ablagerungsbedingungen für Cholesterin außerordentlich kompliziert und von verschiedenen noch unbekannten Faktoren abhängig. W. Chrzelitzer-Waldenburg i. Schl.

Die Überpflanzung männlicher Keimdrüsen, von H. F. O. Haberland, Chir. Univ.-Kl. Köln. (D. m. W., 1927, Nr. 6, S. 234.) Jeder autoplastisch verpflanzte Hoden bleibt nicht lebensfähig. Es ist dabei gleichgültig, mit welcher Technik und an welchen Ort der Hoden übertragen wird. Heteroplastik ist biologisch unmöglich. Die angeblichen Erfolge der Homoio- und Heteroplastik beruhen vermutlich darauf, daß die resorbierten Hormone 100—200 Tage lang wirken. Oder die Hormone üben auf andere Drüsen mit innerer Sekretion einen Reiz aus, so daß diese später die lebenswichtigsten Eigenschaften für die funktionsuntüchtigen Hoden übernehmen. Erfolge werden meist durch Autosuggestion vorgetäuscht. F. Harry-Wiesbaden.

Chronic Disease of Seminal Vesicle and Prostate as a Focus in Arthritis and Other Systemic Disorders (Chronische Erkrankung der Samenblasen und der Prostata als Herd bei Arthritis und anderen Systemerkrankungen), von John H. Morrissey-New York. (Med. J. and Record., 1927, Bd. 125, Nr. 2, S. 108—112.) Bei zahlreichen Fällen von Arthritis, Ischias, sonstigen rheumatischen Affektionen, auch Iritis liegt die Ursache in chronischen blennorrhoischen Affektionen der Samenblasen und der Prostata. Ausfluß braucht nicht mehr vorhanden zu sein, der Nachweis der Gonokokken gelingt häufig nicht. Für die Behandlung kommt Massage und besonders Milchinjektionen in Betracht, ferner Operation, die ganz ungefährlich ist. E. Levin-Berlin.

Sterility in the Male and its Treatment (Sterilität des Mannes und ihre Behandlung), von Louis Neuwelt-New York. (Med. J. and Record., 1927, Bd. 125, Nr. 2, S. 118—120.) Ursachen der männlichen Sterilität sind Mißbildungen am Harn-Genitalapparat (schwere Fälle von Hypospadie, Epispadie, Harnröhrenfisteln, kurzes Frenulum), Azoospermie (vorübergehend nach sexuellen Exzessen, Störungen der sekretorischen Hodenfunktion nach erschöpfenden Krankheiten, nach Tuberkulose und Syphilis, dauernd bei Hodenmangel, Hodenatrophien verschiedener Genese, doppelseitiger Epididymitis und Obliteration der Vasa deferentia, chronischen, mit Pyospermie oder Hämospermie einhergehenden Veränderungen), Oligospermie (selten, gewöhnlich kongenital, ferner bei Epididymitis, sonstigen Hodenerkrankungen, normal im Alter und nach Exzessen), Nekrospermie (bei Zuständen, die die Sekretionsfähigkeit des Hodens beeinträchtigen, wie Syphilis, Tuberkulose, Diabetes, Alkoholismus, Morphinismus und örtlichen Hodenerkrankungen,

Digitized by Google

am häufigsten bei Samenblasen- und Vorsteherdrüsenentzündungen), Aspermie, die angeboren oder erworben, dauernd oder zeitweise sein kann (kongenitale Mißbildungen in der Einmündung der Ducti ejaculatorii, Verschlüsse zwischen Samenblasen und Ausführungsgängen, ferner Unerregbarkeit des Ejakulationszentrums, Anästhesie der peripheren Sexualnerven, psychische Einwirkungen, vesikulo-rektale und perineale Fisteln, Verschlüsse in der Pars prostatica der Harnröhre, Strikturen, Phimose). Die Zustände erfordern eingehende körperliche Untersuchung auf die in Frage kommenden Ursachen; der Same selbst wird nach Entleerung in einem Kondom oder nach Hodenpunktion untersucht. E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale

Die Fluorbehandlung mit Tampovagan, von v. Satke, Abt. f. Haut- u. Geschlkrht. Heilanst. Klosterneuburg-Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 3, S. 90.) Die Grundlage der Tampovagankugeln besteht in einer nach besonderem Verfahren hergestellten Glyzeringelatine, die sich als bakterizid und Gonokokken und Streptokokken in 15 Minuten tötend erwies. In 82 Fällen wurden bei teils unspezifischen, teils postblennorrhoischen Fluores Erfolge erzielt. Bei spezifischem Fluor wurde dem Tampovagan Choleval, Argent. protein. und Ichthyol zugesetzt. Das Medikament wird als Kugel (pro vagina), als Stäbchen (für Zervix und Urethra) angewendet. M. Cohn-Dresden.

Die Verwendung von Gyneclorina zu vaginalen Spülungen, von Lorenz, Sanat. f. Nerven- u. innere Krkh. der Heilstätten Beelitz/Mark. (M. Kl., 1927, Nr. 9, S. 326 bis 327.) Ausspülungen mit Gyneclorina erwiesen sich in vielen Fällen von Fluor erfolgreich, in denen andere Mittel versagt hatten. Außerdem ist das Mittel wesentlich ungefährlicher als andere Desinfektionsmittel. E. Levin-Berlin.

Rektum und Anus

Weitere Beiträge zur Behandlung der Fissura ani, von Th. Meißl-Wien. (W. m. W., 1926, Nr. 50, S. 1486.) Verf. hat für die zweckmäßige Behandlung der Analfissuren eine Salbe angegeben, deren Hauptbestandteil das Scharlachrot ist. Fissanal. Adrenalinzusatz, wie in den meisten Suppositorien und Salben, ist unzweckmäßig, besser ist die Beimengung von Papaverin, Anaesthesin, Belladonna usw. E. Langer-Berlin.

Die Behandlung der Fissura ani mit Diathermie, von W. Zweig-Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 4, S. 126.) Mit der Diathermiebehandlung gelingt es, nach oberflächlicher Anästhesierung mit 2 %iger Psikainlösung, bei starker Empfindlichkeit mit 2 %iger Novokain-Adrenalinlösung, beginnend mit schwachen Strömen, rasche Heilung zu erzielen. Die Behandlung ist in der Sprechstunde durchführbar und geeignet, die chirurgische Behandlung zu ersetzen. M. Cohn-Dresden.

Ein einfaches Hilfsmittel bei der Untersuchung auf innere Hämorrhoiden, von Aug. Ploeger-München. (M. m. W., 1927, Nr. 7, S. 285.) Für gewöhnlich ist es schwer, innere Hämorrhoiden im Sprechzimmer sichtbar zu machen, da der Sphincter externus sich auf gewöhnlichen Bauchpressendruck, besonders unter psychischer Hemmung, nicht genügend öffnet. Die Methode des Verf. besteht darin, daß er beim Herausziehen des palpierenden Fingers den Pat. pressen läßt, was dieser jetzt, ohne Angst daß „etwas passiert", auch tut. Die inneren Hämorrhoiden treten dabei, der Fingerspitze folgend, deutlich heraus. H. Colman-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Über das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von L. v. Zumbusch. W. m. W., 1927, Nr. 12, S. 506.

Blätter für praktische Trinkerfürsorge, herausgegeben von Prof. Gonser und Dr. Polzer. (11. Jahrg., H. 1. Verlag „Auf der Wacht", Berlin-Dahlem.) Wer möchte das Wiederaufleben dieser Blätter wärmer begrüßen als der Arzt, der im schweren Kampf gegen Wohnungselend und Prostitution steht. Diese entsetzlichen Schattenseiten unseres großstädtischen Lebens kommen zum größten Teil auf das Schuldkonto des Alkohols. Unverständlich die massenhafte Konzession immer neuer Schankstätten. Daß eine Nation wie die nordamerikanische die Prohibition zum Gesetz erheben konnte — mit allen erdenklichen Nebenwirkungen — bleibt schon eine Kulturtat allerersten Ranges. In den obigen Blättern finden sich alle Weltanschauungen, alle Berufe, alle politischen Parteien zu segensreicher Arbeit an dem Aufbau unseres Vaterlandes zusammen.
E. Delbanco-Hamburg.

Digitized by Google

Anatomie und Physiologie der Haut

The Mineral Content of Human, Dog and Rabbit Skin (Der Gehalt an Mineralien in der Haut vom Menschen, vom Hund und Kaninchen), von H. Brown. (J. of Biol. Chemistry, 1926, Bd. 68, Nr. 3.) Aus einer Serie von exakten chemischen Untersuchungen entnimmt B., daß der Mineralgehalt der Haut sowohl beim Menschen als auch beim Hund und Kaninchen teilweise recht erhebliche Schwankungen aufweist. Die menschlichen Präparate wurden von der Leiche in Gestalt eines 3—5 cm breiten, von der Klavikula bis zum Os pubis reichenden Streifens gewonnen, außer in einem Fall, wo die Haut eines amputierten Unterschenkels zur Verfügung stand. Das Alter der Spender variierte von 25 bis 87 Jahren. Von den Kaninchen wurde die gesamte Haut verarbeitet, von den Hunden ein ähnlich großes Stück Haut. Der Gehalt an Na schwankte beim Menschen von 298—408 mg in 100 g trockener Haut; Ca 34—59 mg, Mg 20 bis 38 mg, K 168—339 mg. Beim Kaninchen: Na 116—243 mg, Ca 51—86 mg, Mg 17 bis 52 mg, K 102—188 mg. Beim Hunde lauten die Zahlen: Na 155—250 mg, Ca 31 bis 58 mg, Mg 21—37 mg, K 158—395 mg. Mit zunehmendem Alter war im allgemeinen eine Zunahme des Gehalts an Ca beim Menschen zu konstatieren.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die biologische Organfunktion der Hautdecke in ihren Beziehungen zur physikalischen Medizin, insbesondere Hydro-, Thermo- und Balneotherapie, von H. di Gasparo-Graz. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1927, Nr. 5, S. 137.) Bei allen von außen wirkenden Maßnahmen wird der therapeutische Effekt außer von Form, Art und Größe des Reizes von der aktuellen Hautempfindlichkeit bestimmt. Jede Umstimmung des Hautsinnes, sei sie psychisch oder durch abnorme Verhältnisse bedingt, muß daher gerade bei der physikalischen Therapie berücksichtigt werden. So können die im Stadium der Bäderreaktion in den Headschen Zonen (spontan hyperalgetischen Dermatomen, in welche der Viszeralschmerz des betreffenden Segmentes projiziert wird) auftretenden, verstärkten Schmerzanfälle eine weitere Therapie erschweren oder verhindern. Andererseits gelingt von den gleichen Zonen aus die Herabsetzung des Viszeralschmerzes durch Beeinflussung der Erregbarkeit im viszero-spino-kutanen Reflexbogen. Das über die Wichtigkeit der Hautdecke für die Wärmeregulation, ihrer Schweißdrüsen für Organismusentgiftung und Nierenentlastung, der Hautgefäße für den allgemeinen Kreislauf resp. Blutdruck Gesagte bringt nichts Neues. Von Interesse ist die Erweiterung der Gröer-Hechtschen Dermoreaktionen durch die elektrochemische Untersuchungsmethode nach Stahl, und die Organojontophorese, mit welcher Verf. äußerst empfindliche und anhaltende Reaktionen erzielte, welche aber wegen der starken Differenz der Bilder schwer deutbar sind.

K. Fischer-Prag.

Zur Frage der Erbanalyse bei gerichtlichen Vaterschaftsgutachten, von L. Nürnberger, Univ.-Frauenkl. Halle a. d. S. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 7, S. 385.) Es ist eine objektive Tatsache, daß eine Ähnlichkeit zwischen den Papillarmustern der Eltern und Kinder bestehen kann, wenn sie auch nicht zu bestehen braucht. Ist sie vorhanden, darf aus ihr ein Schluß auf die Vaterschaft gezogen werden, unter der Voraussetzung natürlich, daß nicht eine Ähnlichkeit der Papillarmuster nach Art und Form zwischen Mutter und Kind besteht.

F. Landauer-Berlin.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Das gewebsbiologische Verhalten der Bakterien. 1. Das Verhalten der wichtigsten aeroben menschenpathogenen Bakterien in der Haut des Meerschweinchens (Nachweis toxischer Staphylokokken-, Streptokokken-, Koli- und Proteustypen durch den Intrakutanversuch), von H. Dold, Inst. E. v. Behring Marburg. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 1/3, S. 1.) Influenzabazillen, Pneumokokken, Gonokokken, Meningokokken riefen im allgemeinen nur geringfügige lokale Reaktion hervor. Streptokokken verhielten sich wie Pneumokokken, nur vereinzelte Stämme erzeugten Nekrose. Bei Staphylokokken fanden sich neben atoxischen Stämmen solche mit mehr oder weniger nekrotisierenden Eigenschaften. Unter Kolibazillen gab es atoxische und stark toxische. Typhusstämme bewirkten stark entzündliche Prozesse, z. T. mit Eiterung und Nekrose. Paratyphus-Gärtner-Breslau-Stämme waren im allgemeinen noch toxischer als die Typhusbazillen, während Dysenteriestämme geringere Gewebsreaktionen hervorriefen. Unter ihnen waren Kruse- und Shiga-Stämme toxischer als Flexner- und Y-Stämme. Proteus- und Pyozyaneusstämme ließen sich in toxische

Digitized by Google

und atoxische trennen. Choleravibrionen riefen nur geringe Reaktion hervor. Pathogene und apathogene Tuberkelbazillen bewirkten die gleiche Gewebsreaktion.

F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Wirkung der nach der Methode von Besredka bereiteten Staphylokokkenfiltrate, von A. Kalinin. (J. z. Vervollkommnung d. Ärzte [russisch], 1927, Nr. 1.) Die nach der Methode von Besredka bereiteten Staphylokokkenfiltrate geben den Versuchstieren, bereits 24 Stunden nach Anlegung des Verbandes, eine, wenn auch nicht vollkommene Immunität gegenüber einer Staphylokokkeninfektion. Eine Unempfänglichkeit der Haut wird auch bei intravenöser Injektion großer Dosen des Filtrats erzielt, aber in bedeutend schwächerem Maße, als bei unmittelbarer Anlegung von Verbänden auf die Haut. Das auf intravenösem oder intraperitonealem Wege eingeführte Staphylokokkeninfiltrat erweist sich für die Versuchstiere, infolge anscheinend in demselben außer dem Antivirus noch vorhandener Toxine, toxisch. Eine Erwärmung der Filtrate während 30 Min. auf 100° C macht dieselben atoxisch, ohne die immunisierenden Eigenschaften zu vernichten. Die durch Anlegung von Verbänden mit dem Filtrat erzielte Immunität trägt einen lokalen Zellcharakter; die Rolle der Immunkörper (Opsonine) ist wahrscheinlich eine untergeordnete. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der Doppelinfektion. Wechselseitige Beeinflussung experimenteller Tuberkulose und Trichophytie, von H. Martenstein und K. G. Ledermann, Derm. Univ.-Kl. Breslau. (Kl. W., 1927, Nr. 7, S. 299.) Gleichzeitige Impfung mit beiden Krankheitserregern läßt keine Abweichungen im Verlauf erkennen, ebenso wenig bei Impfungen auf derselben Hautstelle wie auf beiden Rückenseiten getrennt. Auch die jeweilig gesetzte zweite Infektion kann den Verlauf der Erstinfektion nicht beeinflussen, auch wenn die Impfzeit noch in die klinische Inkubationszeit der Erstinfektion fällt. Dagegen ist die Erstinfektion imstande, die Zweitinfektion zu beeinflussen. Bei beiden Erkrankungen verursacht die jeweilige Erstinfektion bei der Zweitinfektion auch bei bereits lange zurückliegendem Impftermin der Erstinfektion eine Verzögerung der Inkubationszeit, meist eine Abkürzung, manchmal eine Verlängerung der Krankheitsdauer und eine Steigerung der Intensität der Krankheitserscheinungen. Ist das Intervall zwischen Erst- und Zweitinfektion sehr klein, so kann die eine Woche vorausgehende Trichophytieimpfung den Ausbruch tuberkulöser Haut- und Drüsenerscheinungen bis zum Tod der Tiere unterdrücken, und ebenso vermag bis zwei Wochen vorher gemachte Tuberkuloseimpfung den Trichophytieablauf stark abzuschwächen und zu hemmen. Bei beiden erfolgt der Tod einige Wochen nach der Impfung. Gerade in diesen Fällen dürfte wohl die Allergisierung von der Erstimpfung aus eine wesentliche Rolle für den abweichenden Verlauf spielen. Beim Menschen dürfte praktisch die Überlagerung zweier Infektionen und ihre gegenseitige Beeinflussung sicherlich oft eine bedeutende Rolle für die Entwicklung der allergischen und immunisatorischen Phänomene spielen.

E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die dermatologische Klinik des Allgem. Krankenhauses St. Georg zu Hamburg (Prof. Dr. Ritter) wurde von der American medical Association und der American dermatol. Association eingeladen, sich an den Kongressen dieser beiden Gesellschaften mit der Pilzsammlung der Klinik zu beteiligen; als ihr Vertreter wird der Assistenzarzt Dr. Kabrenberg an den Versammlungen teilnehmen.

Am 7. V. fand die Grundsteinlegung zur Greifswalder Hautklinik statt, der ersten Klinik, die auf dem von der Stadt Greifswald der Universität geschenkten Gelände errichtet wird.

Habilitiert: Dr. Oskar Kiess, Oberarzt der Dermatologischen Klinik in Leipzig, mit einer Schrift über die Naturgeschichte der Krätzmilbe.

Gestorben: Dr. Milton Bixler Hartzell, emerit. Professor der Dermatologie an der University of Pennsylvania in Philadelphia. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 24 (Bd. 84) 11. Juni 1927

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Herxheimer)

Über einen selteneren Fall von Lupoid Boeck

Von

Dr. Jean Briel, Assistenzarzt der Klinik

Im folgenden soll ein Fall von Lupoid Boeck mitgeteilt werden, der insofern eine seltenere Erscheinung darstellt, als er sich durch das alleinige Vorkommen der diffus infiltrierenden Form und durch eine Weichteilschwellung am Finger auszeichnet.

Krankengeschichte: 40jähr. Zimmermann, dessen Familienanamnese nicht bemerkenswert ist. Er selbst hat früher keine schweren Erkrankungen durchgemacht, insbesondere weiß er nichts von einer Lungenkrankheit. Sein jetziges Leiden begann vor etwa 3 Jahren mit einer kleinen Stelle an der linken Nasenseite und breitete sich ungefähr im Verlauf eines Jahres bis zur jetzigen Größe aus. Seit etwa $1^1/_2$ Jahren bemerkt er eine Anschwellung des rechten Zeigefingergrundgliedes. Er hat nie Schmerzen gehabt. Die einzigen Beschwerden waren zeitweise auftretende Schwellungen in der Umgebung der unteren Augenlider, die geringfügige Störungen beim Sehen verursachten. Die WR war immer negativ. Er wurde außerhalb bereits mit verschiedenen Medikamenten, u. a. auch mit Neosalvarsan und Spritzen ins Gesäß, behandelt. Da jedoch keine wesentliche und keine dauernde Besserung eintrat, ließ sich der Pat. ins Krankenhaus einweisen.

Status praesens: Großer, kräftig gebauter Mann mit gut entwickeltem Fettpolster und kräftig entwickelter Muskulatur. Körpertemperatur normal.

Augen, Ohren, Fazialis und Mundhöhle ohne pathologischen Befund.

Auf dem Nasenrücken und an den Seitenflächen der Nase übergehend auf die angrenzenden Wangenpartien findet sich eine flächenhafte, sattelförmige, scharf begrenzte, derbe Infiltration der Haut und des Unterhautzellgewebes. An den Seiten der Nase und an den Wangenpartien hat die Infiltration etwa eine Dicke von $^1/_2$ cm, während sie auf dem Nasenrücken von geringerer Stärke ist, entsprechend der geringeren Entwicklung des Unterhautzellgewebes. Die Haut ist bläulichrot verfärbt und weist eine große Anzahl von Gefäßektasien auf. Die an die Augenlider angrenzenden Wangenpartien sind beiderseits leicht ödematös geschwollen, auf der linken Seite zeigt die Haut eine leichte Rötung ohne Infiltration.

Nasenschleimhaut ohne pathologischen Befund.

Lymphdrüsen nicht geschwollen.

Lungen, Herz, Leber und Milz ohne Besonderheiten.

Das Grundglied des rechten Zeigefingers zeigt eine harte, spindelförmige Auftreibung. Die Haut ist leicht livide verfärbt. Das Röntgenbild ergibt, daß der Knochen nicht verbreitert ist, und daß die Knochengrenzen vollständig scharf sind. Es besteht in der Ausdehnung der Anschwellung eine ziemlich scharf begrenzte, leichte Aufhellung ohne Einzelheiten.

Sensibilität und Reflexe normal. Urin ohne Befund.

Blutbild: Hämoglobin 100% (Sahli). Erythrozyten 5,2 Millionen. Leukozyten 6500. Blutausstrich: Eosinophile 1%, Jugendformen 1%, Stabkernige Leukozyten 3%, Segmentkernige 64%, Lymphozyten 27%, Mononukleäre 4%.

Das aus einer Exzision an der Nase gewonnene mikroskopische Präparat ergibt den für das Lupoid Boeck typischen histologischen Befund: Nester von epitheloiden

Digitized by Google

Zellen im Unterhautzellgewebe und in den untersten Schichten der Kutis, die durch Bindegewebszüge scharf voneinander abgetrennt sind, dabei stellenweise Rundzelleninfiltration. Keine Langhansschen Riesenzellen, keine Koagulationsnekrosen.

Eine größere Anzahl von Schnitten wurde nach der Ziehl-Neelsenschen und nach der Muchschen Methode gefärbt, es konnten jedoch keine Erreger im Gewebe nachgewiesen werden.

Eine dreimalige subkutane Verabreichung von Tuberkulin 1:100000, 1:20000 und 1:10000 in Abständen von je einer Woche ergab weder eine allgemeine noch eine lokale Reaktion.

Therapeutisch wurde zunächst Acidum arsenicosum intravenös gegeben in steigenden Dosen von 0,001—0,012. Ferner wurde eine Röntgenbestrahlung vorgenommen, und zwar erhielt der Pat. auf die Nasenpartie 3 Bestrahlungen von je $^1/_2$ ED. bei $^1/_2$ mm Al-Filterung, auf den Zeigefinger 2 Bestrahlungen von je $^1/_2$ ED. bei 1 mm Al-Filterung.

Nach einer Behandlungsdauer von etwa 2 Monaten konnte festgestellt werden, daß zwar zeitweise eine geringe Abnahme der Rötung und Infiltration eintrat, später sich das Krankheitsbild jedoch wieder fast bis zu seinem ursprünglichen Zustand verschlimmerte. Es wurde deshalb die Arsenmedikation abgesetzt und der Patient erhielt in Abständen von einer Woche intravenöse Injektionen von 1000 elektrostatischen Einheiten Thorium X. Während der sechswöchigen Behandlung des Patienten mit Thorium X konnte ein überraschender Rückgang des Infiltrates festgestellt werden, während die Rötung ziemlich unverändert stehen blieb. Nach 6 Injektionen verließ der Patient das Krankenhaus und stellte sich erst 3 Wochen später wieder bei uns vor, ohne in der Zwischenzeit therapeutisch etwas unternommen zu haben. Wir mußten dabei die Erfahrung machen, daß bis auf einen merklichen Rückgang der Infiltration am Zeigefinger der frühere Zustand des Krankheitsbildes wiederhergestellt war. Es soll jetzt versucht werden, die Erkrankung mit einer nochmaligen Röntgenbehandlung zu beeinflussen.

Wenn wir die wichtigsten Daten der Krankengeschichte noch einmal kurz zusammenfassen, handelt es sich demnach um die bereits von Boeck selbst beschriebene diffus infiltrierende Form des benignen Miliarlupoids in reiner Form, die nicht nur das Gesicht, sondern auch das Grundglied des rechten Zeigefingers betrifft. Dabei ist der Knochen völlig unverändert, es besteht nur eine Erkrankung der Weichteile. Die Lymphdrüsen sind nicht vergrößert. Eine Beteiligung der Nasenschleimhaut und der inneren Organe ist nicht nachweisbar. Im histologischen Präparat wurden keine Erreger gefunden. Auf Tuberkulin trat keine Reaktion ein.

Boeck hat bekanntlich drei Formen der Erkrankung beschrieben, die großknotige, die kleinknotige und die diffus infiltrierende Form, die jede für sich, aber auch gemischt vorkommen können. Das alleinige Vorkommen der diffus infiltrierenden Form ist in der Literatur relativ selten beschrieben. Boeck selbst fand unter 14 Fällen von Miliarlupoid 4 Fälle von infiltrierender Form ohne Knötchenbildung. Außer ihm haben Habermann und Volk solche Fälle veröffentlicht bzw. vorgestellt. Boeck und nach ihm Kuznitzky und Bittdorf haben angegeben, daß innerhalb der Infiltration, besonders bei Glasdruck, mitunter deutliche gelbliche Knötchen nachweisbar seien, was wir jedoch für unseren Fall nicht bestätigen können. Diese Beobachtung hat an anderer Stelle zu der Vermutung Anlaß gegeben, daß die infiltrierende Form durch Konfluenz der kleinknotigen Form zustande käme. Gegen diese Entstehung spricht besonders ein Fall, der von Kyrle 1920 vorgestellt wurde. Bei dem Patienten, der an einem typischen Lupoid Boeck litt, hatten sich die Krankheitserscheinungen unter der Therapie völlig zurückgebildet. Einige Monate später trat jedoch ein Rezidiv auf, das sich zunächst in Form von Erythemen äußerte, die zum Teil auch an den früher befallenen

Digitized by Google

Stellen auftraten und die sich später ohne Knötchenbildung zu Infiltraten umwandelten. Man darf auch wohl annehmen, daß bei einer Entstehung der Infiltrate aus Knötchen sich auch bei länger bestehenden Efflorescenzen der Knötchencharakter an einzelnen Stellen nachweisen ließe.

Knochen- und Weichteilveränderungen an den Fingern und Zehen finden sich in den zahlreich veröffentlichten Fällen von Lupoid Boeck recht häufig. Ein alleiniges Vorkommen von Weichteilveränderungen ist allerdings seltener; meist geht die Infiltration des kutanen und subkutanen Gewebes mit einer mehr oder weniger starken Umwandlung der Kortikalis oder gar der ganzen Knochenstruktur einher. Ebensogut können auch Veränderungen des Knochens allein auftreten. Martenstein fand unter 150 Krankengeschichten 8 Fälle, bei welchen die Erkrankung in spindelförmigen Auftreibungen der Finger oder Zehen bestand. Andere Fälle sind veröffentlicht von Altmann, Boeck, Lutz, Oppenheim, Volk und anderen.

Über die Schleimhautbeteiligung des Miliarlupoids hat bereits Boeck berichtet, der angibt, daß die Nasenschleimhaut oft befallen sei. Hvidt berichtet über einen Fall von Lupoid der Nasenschleimhaut, das sich in braunroten Infiltraten am Septum und am Nasenboden äußerte. Lutz hat einen Fall veröffentlicht, der neben einer Fingerbeteiligung auch ein Befallensein der Mundschleimhaut aufwies.

Die Beteiligung innerer Organe wird vereinzelt in der Literatur erwähnt. Besonders bemerkenswert ist ein Fall von Rischin, bei welchem neben generalisierten Hauterscheinungen ein Befallensein von Lungen, Leber, Milz, Nieren und Lymphdrüsen festgestellt werden konnte. Zur Erkrankung der Lymphdrüsen ist zu bemerken, daß eine Beteiligung des lymphatischen Apparates außerordentlich selten erwähnt ist. Auch in unserem Falle konnte keinerlei Drüsenschwellung beobachtet werden.

Der Nachweis der Tuberkelbazillen oder der Much schen Granula hat wie bei uns auch bei den meisten anderen Autoren ein negatives Resultat ergeben. Der Grund hierzu dürfte darin zu suchen sein, daß die Krankheitsfälle meist erst in relativ weit vorgeschrittenem Stadium zur Beobachtung kommen. Kyrle betont, daß der Nachweis der Erreger im Gewebe nur in der akut entzündlichen Phase gelingt, solange die Epithelzellenstruktur noch nicht vollkommen entwickelt ist. Ein gutes Beispiel hierzu bildet sein bereits oben erwähnter Fall von rezidivierendem Lupoid Boeck, bei welchem das Rezidiv bereits im Erythemstadium zur Beobachtung kam. Das tuberkuloide Gewebe war noch im Beginn der Entwicklung und wies massenhaft säurefeste Bazillen auf. Ein 11 Tage später untersuchtes Exzisionspräparat zeigte bereits typische epitheloide Struktur und enthielt nur noch wenige Erreger.

Ein Inokulationsversuch bei Meerschweinchen wurde in unserem Falle nicht angestellt. Er hatte bei wenigen Fällen in der Literatur ein positives Ergebnis, auch wenn der mikroskopische Nachweis mißlungen war (Kyrle).

Schließlich ist noch zu erwähnen, daß der Tuberkulinversuch in den meisten Fällen in der Literatur wie bei uns negativ ausgefallen ist.

Was die Ätiologie der Erkrankung anbetrifft, so scheint die Mehrzahl der Autoren jetzt den tuberkulösen Charakter der Krankheit anzuerkennen,

Digitized by Google

bzw. das Lupoid Boeck als ein Tuberkulid aufzufassen. Im Gegensatz dazu steht Oppenheim, der nach Morphiuminjektionen noch nach jahrelanger Inkubationszeit lupoidähnliche Tumoren hat entstehen sehen, die im histologischen Präparat einen typischen lupoiden Bau zeigten. Er setzt dabei eine Disposition des Gewebes voraus, auf die Einwirkung von verschiedenartigen Fremdkörpern mit lupoidem Gewebe zu reagieren. Bei den angeführten Fällen dürfte jedoch das Vorkommen der lupoiden Tumoren an den Injektionsstellen auf einem Zufall beruhen, denn der Nachweis der Erreger im Gewebe gibt, wenn er aus den oben erwähnten Gründen auch nicht immer gelingt, einen genügenden Grund für die tuberkulöse Ätiologie der Erkrankung.

Zum Schluß möchte ich noch auf die Behauptung verschiedener Autoren, wie Altmann, Gans, Habermann und Volk eingehen, welche eine klinische und histologische Übereinstimmung des Boeckschen Lupoids und des Lupus pernio annehmen, die beiden Krankheitsbilder also identifizieren wollen. Zunächst ist das klinische Bild des Lupus pernio vor allem durch die typische Lokalisation an der Nasenspitze, an den Ohrläppchen und an den Fingergelenkstreckseiten in den meisten Fällen von dem des Lupoid Boeck zu unterscheiden. Außerdem bestehen histologisch erkennbare Unterschiede zwischen den beiden Erkrankungen insofern, als das Lupoid Boeck sehr selten Koagulationsnekrosen und Langhansssche Riesenzellen enthält, während dies beim Lupus pernio gewöhnlich ist. Dagegen finden wir beim Lupus pernio selten die für das Boecksche Lupoid charakteristischen Bindegewebssepten. Der Lupus pernio wird an unserer Klinik auf Grund seines histologischen Bildes nicht als Tuberkulid, sondern als echte Tuberkulose aufgefaßt.

Literatur

Altmann, K., Zur Kenntnis der Boeckschen Erkrankung. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135, S. 1. — Bering, F., Zur Kenntnis des Boeckschen Sarkoids. Derm. Zschr., 1910, Bd. 17, S. 404. — Boeck, C., Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne Sarkoid. Arch. f. Derm., 1905, Bd. 73, S. 71 und 301. — Boeck, C., Nochmals zur Klinik und zur Stellung des „benignen Miliarlupoids". Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121, S. 707. — Burnier et Rejsek, Un cas de Sarcoide lupoide tubéreuse. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 21, S. 329. — Favange-Bruyel, A. J. de, Iridocyclitis tuberculosa und Boecksches Sarkoid. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 6, S. 458. — Fleischner, F., Die Erkrankung der Knochen bei Lupus pernio und bei Boecks Miliarlupoid. Fortschr. d. Röntgenkd., 1924, Bd. 32, S. 193. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 16, S. 73. — Gans, O., Über Lupus pernio und seine Beziehungen zum Sarkoid Boeck. Derm. Zschr., 1921, Bd. 33, S. 64. — Goldschmidt, W. N., Über zirzinär-verruköse Umwandlung bei einem Sarkoid Boeck. Arch. f. Derm., 1925, Bd. 149, S. 331. — Habermann, Vorstellung eines Falles von Sarkoid Boeck. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 21, S. 560. — Hvidt, Chr., Das Boecksche Sarkoid auf den Schleimhäuten. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 6, S. 458. — Jadassohn, Die Tuberkulide. Sitzgsber. aus der Dtsch. Derm. Ges. Arch. f. Derm., 1914, Bd. 119[1], S. 10. — Krupnikoff, D., Zur Ätiologie des Boeckschen Sarkoids. Derm. W., 1927, S. 165. — Kutznitzky, E. u. Bittdorf, A., Boecksches Sarkoid mit Beteiligung innerer Organe. M. m. W., 1915, S. 1349. — Kyrle, J., Über eigentümliche histologische Bilder bei Hauttuberkulose und deren Beziehung zum benignen Miliarlupoid (Boeck). Arch. f. Derm., 1910, Bd. 100, S. 375. — Kyrle, Krankenvorstellung in der Wiener derm. Ges. Arch. f. Derm., 1920, Bd. 125, S. 169 und 604. — Kyrle, J., Die Anfangsstadien des Boeckschen Lupoids. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 131, S. 33. — Lewandowsky, F., Zur Kenntnis der Boeckschen Sarkoide. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135, S. 287. — Lutz, W., Zur Kenntnis des Boeckschen Miliarlupoids. Arch. f.

Digitized by Google

Derm., 1919, Bd. 126, S. 947. — Martenstein, Vorstellung eines Falles von Sarkoid Boeck? Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 6, S. 227. — Martenstein, H., Sarkoid Boeck und Lupus pernio. Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147, S. 70. — Oppenheim, Sitzungsbericht aus der Wiener derm. Ges. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 137, S. 74. — Oppenheim, Zur Ätiologie des Boeckschen Sarkoids. Arch. f. Derm., 1922, Bd. 138, S. 326. — Planchereel, Ch., Beitrag zur Lehre vom Boeckschen Sarkoid. Derm. Zschr., 1914, Bd. 21, S. 676. — Rischin, M., Universelles benignes Miliarlupoid Boeck mit Beteiligung innerer Organe. Arch. f. Derm., 1922, Bd. 139, S. 30. — Rubtz, A., Zur Ätiologie der Boeckschen Erkrankung. Derm. Zschr., 1922, Bd. 37, S. 129. — Spiethoff, Großknotige Form, des Boeckschen Miliarlupoids. Sitzgsber. Arch. f. Derm., 1926, Bd. 151, S. 342. — Volk, R., Ätiologie und Pathogenese der Tuberkulide. Übersichtsreferat. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 133, S. 1. — Volk, Vorstellung eines Falles von Sarkoid Boeck. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1921, Bd. 1, S. 18. — Volk, Zum Sarkoid Boeck. Orig. Arch. f. Derm., 1922, Bd. 138, S. 327. — Weinberger, F., Boecksches Miliarlupoid und Tuberkulose. M. m. W., 1916, S. 892. — Zuckermann, E. und Wolfsohn E., Über Sarkoiderkrankungen der Haut, Typus Boeck. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 22, S. 89.

Über Idiosynkrasie der Haut

Von

Prof. Dr. F. Šamberger in Prag

(Schluß)

Mit den Beziehungen der sensitiven Hautfasern zur Lymphsekretion müssen wir uns noch etwas näher befassen.

Die menschliche Haut ist mit Fasern des sensitiven Nervensystems reichlich ausgestattet. Durch Reizung dieses Nervensystems läßt sich eine ganze Reihe verschiedener Empfindungen: die Tast-, Schmerz-, Temperatur- und Juckempfindung hervorrufen. Es ist bisher strittig, ob alle diese Empfindungen ein einziger Nerv vermittelt, und ob also diese Empfindungen nur verschiedene Schattierungen ein und derselben Grundempfindung sind, oder ob wir für eine jede Art der genannten Empfindungen auch eine eigene spezifische Nervenfaser besitzen. Ich selbst neige auf Grund meiner klinischen Studie über die Juckempfindung (Šamberger, Über das Juckgefühl. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1914) der letzteren Ansicht zu. Aber diese Frage besitzt für unsere weiteren Auseinandersetzungen keine grundsätzliche Bedeutung.

Wir wollen uns nun über die Aufgabe der sensitiven Hautfasern klar werden. Sie sind nichts anderes als das Instrument, mittels dessen wir uns über die physikalischen Eigenschaften der Objekte, die uns im Raume umgeben, orientieren. Damit ist uns die Möglichkeit gegeben, uns im Raume zu orientieren und uns vor ernsten Unfällen zu bewahren. Daß dem so ist, erkennen wir am besten dann, wenn es aus irgend einem Grunde zu einer Störung der sensitiven Hautnerven gekommen ist, so daß wir uns nicht mehr über die physikalischen Eigenschaften der uns umgebenden Gegenstände richtig orientieren können. Erinnern wir uns nur daran, welch schwere Verbrennungen sich die an Dissoziation des Hautgefühls bei Syringomyelie leidenden Menschen zuziehen, weil sie die Temperatur der umgebenden Gegenstände nicht richtig zu empfinden vermögen. Und wie leicht sich jene schwere Verletzungen zuziehen können,

Digitized by Google

die an Hautanästhesie leiden. Für die Temperatur-, Tast- und Schmerzempfindungen ist also unsere Erklärung des Körperschutzes durch das sensitive Nervensystem der Haut absolut klar und plausibel.

Aber wie schaut es mit dieser Erklärung in bezug auf das Juckgefühl aus? Dient es ebenfalls dem Körperschutz? Und wie schützt es den Körper und vor welcher Schädlichkeit? Auch diese Frage läßt sich positiv beantworten. Auch das Nervensystem für das Juckgefühl haben wir in unserem Körper zu dessen Schutz. Auch das Juckgefühl dient der Orientierung darüber, was auf unserer Haut vorgeht und was unserem Körper, unserer Gesundheit schaden könnte. Ich werde sofort beweisen, daß wir das Nervensystem für das Juckgefühl aus dem Grunde in unserer Haut haben, damit es uns durch Erweckung des Juckgefühls einerseits die Anwesenheit eines Parasiten auf unserer Haut signalisiere und wir uns um dessen Entfernung kümmern können, und daß es uns andererseits die Berührung unserer Haut mit brennenden Pflanzensäften anzeige, damit wir diesen ausweichen können. Vergegenwärtigen uns, wie es möglich ist, das sensitive Nervensystem in der menschlichen Haut für das Juckgefühl zu reizen, wie es möglich ist, durch irgend einen äußeren Reiz in uns das Juckgefühl zu erzeugen.

Zunächst durch Kitzeln, d. i. durch eine rasche, oszillatorische Bewegung irgend eines leichten Gegenstandes (Strohhalm, Pfauenfeder u. dgl.) über die Hautoberfläche. Sodann mit chemischen Substanzen parasitären oder pflanzlichen Ursprungs, die, da sie auf der Haut eine Urtika hervorzurufen imstande sind, lymphtreibende Eigenschaften besitzen und daher das lymphbildende Organ in der Haut zu reizen und zu gesteigerter Tätigkeit anzuregen vermögen. Und nun zu unseren häufigsten Parasiten und Brennen verursachenden Blumen.

Die Parasiten, von denen wir am häufigsten bedroht werden, sind doppelter Art: erstens solche, die durch den bloßen Zufall auf die Haut gelangen, ohne auf derselben ihre Nahrung zu suchen, die auf der Haut nur umherirren, manchmal auch beißen, dies aber nur in ihrer Verwirrung tun, in dem Bestreben, sich selbst zu schützen. Ihr Prototyp ist die Ameise. Sodann gibt es eine zweite Gruppe von menschlichen Parasiten, welche den Menschen als Nahrungsquelle aufsuchen. Unter diesen müssen wir wiederum zwei Typen unterscheiden. Zum ersten gehören jene Parasiten, die sich ausschließlich oder vorwiegend vom Menschenblut nähren. Ihr Prototyp ist der Floh. Deswegen ist dieser von der Natur mit einem Saft ausgestattet, der die Blutkapillaren zu reizen imstande ist, und zwar jene Einrichtung derselben, die die Blutbewegung besorgt. Diesen Saft flößt er in die Hautwunde ein, die er mit seinen Beißwerkzeugen gesetzt hat, und erzeugt auf diese Weise einen reichlichen Zufluß von Blut, nach dem es ihn dürstet, zu der Wunde. Daher sind die Hautwunden nach Flohstichen von einem deutlichen, verhältnismäßig lange Zeit bestehen bleibenden, akut hyperämischen Hof umgeben.

Die andere Gruppe dieser Hautparasiten nährt sich vorwiegend von der menschlichen Lymphe. Um diese leicht zu erlangen, flößen sie in die durchgebissene Haut eine lymphtreibende Substanz ein, mit der sie die Natur ausgestattet hat, damit sie sich mittels derselben eine erhöhte Sekretion von Lymphe und dadurch auch einen größeren Zustrom der

Digitized by Google

letzteren zu der Wunde, aus der sie ihre Nahrung saugen, ermöglichen. Hierher gehört z. B. die Laus, die Wanze, die Krätzmilbe, die Mücke u. a

Um sich beider Arten von Parasiten zu erwehren, muß daher unser. Körper — und mußte ganz besonders der Körper des primitiven Menschen — in seiner Haut eine Einrichtung besitzen, die imstande ist, ihm die Anwesenheit dieses oder jenes Parasiten auf der Haut zu signalisieren. Aus diesem Grunde besitzt er in seiner Haut den sensitiven Nerven, der gereitzt werden kann sowohl durch Kitzeln — hier also durch rasche Bewegungen der Füßchen des auf der Haut kriechenden Parasiten — als auch durch lymphtreibende Substanzen — hier also durch Säfte der betreffenden Parasiten und Brennen verursachenden Pflanzen, die von der Natur mit lymphtreibenden Stoffen ausgestattet wurden. Deswegen hat der Mensch in der Haut sein Nervensystem, das ihm durch Erweckung einer besonderen spezifischen Juckempfindung die Anwesenheit von Parasiten der einen und der anderen Art auf seiner Haut und auch die Berührung der Haut mit gefährlichen Blumen signalisieren kann, ebenso wie uns der sensitive Hautnerv durch die Empfindung des Brennens und des Schmerzes anzeigen kann, daß unsere Haut von etwas berührt wurde, das uns schaden könnte.

So beschaffen ist die Beziehung des sensitiven Nerven für die Juckempfindung zum lymphogenen Apparat. Er ist seine und unsere Schutzvorrichtung.

Damit diese Schutzvorrichtung richtig und prompt fungiere, ist zweierlei notwendig:

1. daß die Empfindlichkeit des betreffenden Schutznerven gegen jene toxischen Stoffe möglichst groß sei, entschieden immer etwas größer als die Empfindlichkeit des lymphbildenden Hautapparates. So, daß der betreffende Nerv die Gefahr sofort im Beginn signalisiere. Die Erfahrung lehrt, daß dem wirklich so ist. Wir wissen z. B., daß eine leichte Berührung mit der Brennessel noch keine Urtika auf der Haut erzeugt, aber eine mächtige Juckempfindung hervorruft, ein Beweis dafür, daß der sensitive Hautnerv gegen den Saft der Brennessel de norma wirklich empfindlicher ist als die lymphbildende Hautvorrichtung. Dasselbe müssen wir auch bei den lymphtreibenden Säften der Parasiten voraussetzen. Muß uns doch jener Nerv schon den bloßen Versuch des Parasiten, die Haut durchzustechen, signalisieren. Allerdings ist hier ein analoger klinischer Nachweis wie bei dem Saft der Brennessel schwer zu erbringen. Übrigens ist der sensitive Nerv gegen die Parasiten mit lymphtreibendem Saft mit einer gesteigerten Signalisierungsfähigkeit auch indirekt dadurch ausgestattet, daß er auch durch Kitzeln gereizt werden kann. Deswegen vermag er die Parasiten dieser Kategorie, die auf der Haut herumkriechen, durch die Juckempfindung viel früher zu signalisieren, bevor sie den Versuch unternehmen, die Lymphe aus der Haut zu saugen.

2. Steigert sich die Empfindlichkeit des lymphbildenden Apparates unter der Einwirkung irgend einer lymphbildenden Substanz, so muß notgedrungen damit auch eine Steigerung der Empfindlichkeit des schützenden Nervensystems Hand in Hand gehen. Sonst würde es ja sein raison d'être verlieren, auf der Wacht zu sein gegen die Parasiten mit lymphtreibendem Saft und gegen die Brennen verursachenden Pflanzen.

Digitized by Google

Aus diesem Grunde kommt es bei der durch lymphtreibende Substanzen erworbenen Idiosynkrasie der Haut stets auch zu einer gesteigerten Empfindlichkeit der betreffenden sensitiven Nerven der Haut. Deswegen ist auch die diesbezügliche Beobachtung Krebbichs vollkommen richtig.

Daß die durch eine lymphtreibende Substanz hervorgerufene gesteigerte Erregbarkeit des entsprechenden sensitiven Nerven in der Haut den von uns geschilderten Schutzzweck wirklich besitzt, geht schon auch daraus hervor, daß, wenn die Erregbarkeit des lymphbildenden Apparates aus irgend einer anderen Ursache gesteigert wird, in diesen Fällen nicht notgedrungen auch eine gesteigerte Erregbarkeit dieses Nervensystems nachfolgen muß. Leute, die an Dermographismus leiden, haben sicherlich einen bedeutend überempfindlichen lymphbildenden Apparat, und trotzdem müssen die klinischen Erscheinungen, die bei ihnen aus dieser Überempfindlichkeit auf der Haut entstehen (Urtika nach mechanischer Reizung der Haut), durchaus nicht von einer Juckempfindung gefolgt sein. Andererseits wiederum muß die Überempfindlichkeit des sensitiven Nervensystems für die Juckempfindung nicht auch immer mit einer Überempfindlichkeit des lymphbildenden Apparates kombiniert sein (Pruritus hiemalis, senilis usw.).

Nach dieser pathologisch-anatomischen Erklärung des Wesens und der Genese der klinischen Erscheinungsform auf der Haut, durch welche sich die Idiosynkrasie der Haut äußern kann, erübrigt nur noch die Aufklärung der eigentlichen Ursache und der Entstehungsweise der Idiosynkrasie.

Die erste Frage lautet also: „Wodurch unterscheidet sich die Haut des Idiosynkratikers von der Haut eines normalen Menschen?“

Die Antwort ergibt sich aus dem bereits Gesagten: „Dadurch, daß der lymphbildende Apparat in seiner Haut zur Gänze oder nur in betreff einer Komponente empfindlicher, i. e. reizbarer ist.“ Unter Lymphapparat sind die lymphbildenden Kapillaren und die lymphosekretorischen Nerven zu verstehen. Bloch gelangt in seiner letzten Arbeit über die Idiosynkrasie zu einer interessanten und wichtigen Erkenntnis: Die idiosynkratische Haut unterscheidet sich von der normalen nicht qualitativ, sondern nur quantitativ. (Der qualitative Unterschied, der zwischen dem Normalen und dem Idiosynkratiker zu bestehen scheint, wird dadurch in einen bloß quantitativen übergeführt.) Siehe, wie vollständig stimmt unsere Antwort auf die Frage nach dem Wesen der Idiosynkrasie mit der Forderung und Erkenntnis Blochs überein!

Die zweite Frage lautet: „Woher kommt jene gesteigerte Empfindlichkeit?“ Ohne Zweifel kann der Mensch mit einer derartigen Überempfindlichkeit geboren werden, so daß sie eine angeborene Abweichung von der Norm darstellen kann. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird aber die gesteigerte Empfindlichkeit erworben, und zwar durch eine dauernde oder eine längere Zeit anhaltende oder eine wiederholte Reizung dieses Apparates durch lymphtreibende Substanzen. Ein großer Teil derselben stammt schon aus der frühesten Jugend, aus dem Säuglingsalter infolge unangemessener Ernährung und gastro-intestinaler Störungen. Erinnern wir uns nur, wie viele jener Kinder, die an gastrointestinalen Störungen gelitten haben, am Ende des ersten Lebensjahres

Digitized by Google

unter den deutlichen Zeichen einer Lymphhypersekretion zu leiden haben: Strophulus infantum, Urtikaria und später Prurigo. Sicherlich bringen sie alle eine Überempfindlichkeit des lymphbildenden Apparates — eine Idiosynkrasie der Haut — ins fernere Leben mit sich. Sicher werden auch in den späteren Lebensperioden viele Menschen auf analoge Weise zu Idiosynkratikern: durch gastro-intestinale Störungen, speziell durch Dickdarmerkrankungen und durch unzweckmäßige Nahrung, namentlich durch eine solche, die reich ist an lymphtreibenden Substanzen (aromatisches Obst, Käse, Seefische, Hummern, Krebse, aromatische Weine, konservierte Fleische usw.).

Zu einer Steigerung der Empfindlichkeit des lymphogenen Apparates und infolgedessen auch zu Idiosynkrasie muß aber auch alles führen, was die Empfindlichkeit des autonomen Nervensystems zu steigern vermag: innersekretorische Störungen, Anaphylaxie usw.

Schließlich kann die erhöhte Empfindlichkeit des lymphogenen Hautapparates hervorgerufen werden durch direkte Einwirkung ausgesprochen lymphtreibender Substanzen auf die Hautkapillaren von Menschen, die bis dahin normal waren, wenn diese Substanzen zufällig von außen auf die Haut gelangten oder, zufällig genossen und resorbiert, mit dem Blute in die Haut verschleppt wurden. Hierher gehört z. B. die Idiosynkrasie nach Berührung der Haut mit dem Saft der Primel oder die Idiosynkrasie, die nach einer Urtikaria infolge Genusses verdorbenen Fleisches zurückbleibt. In solchen Fällen kann, wie aus den Versuchen Blochs und der klinischen Erfahrung hervorgeht, die Überempfindlichkeit des lymphogenen Apparates und daher auch die Idiosynkrasie auf eine doppelte Weise zustande kommen: entweder so, daß die lymphtreibende Substanz jenen Apparat so stark reizt, daß es zu einem Krankheitsanfall mit den klinischen Symptomen der Lymphhypersekretion kommt: Urtika, Pemphigusblase, Quinckesches Ödem, Ekzem, und der Anfall den lymphogenen Apparat in einem Zustand von Überempfindlichkeit zurückläßt. Oder es kann sich diese Überempfindlichkeit langsam entwickeln, wenn irgend eine lymphtreibende Substanz (entweder in kleinen Dosen oder in geringer Konzentration) lange Zeit hindurch, sei es von außen, sei es durch Vermittlung der Verdauungsorgane, auf den lymphogenen Hautapparat einwirken konnte. Die Dosen dieser Substanz können so klein sein, daß sie nicht imstande sind, einen akuten Anfall von Lymphhypersekretion hervorzurufen. Der Einfluß jener Substanzen auf den lymphogenen Apparat pflegt also lange Zeit hindurch ein unmerklicher zu sein, bis endlich einmal, manchmal erst nach Jahren latenter Wirkung, dieser Apparat durch einen deutlichen klinischen Anfall von Lymphhypersekretion reagiert. Dadurch wird es offenkundig, daß auf diese oder jene Weise unmerklich an der Steigerung der Empfindlichkeit des lymphogenen Apparates und also auch an der Idiosynkrasie gearbeitet wurde. Auf diese Weise entsteht z. B. die Idiosynkrasie der Schriftsetzer durch die Druckerschwärze, die der Tischler durch die Politur usw.

Wenn das Wesen der Idiosynkrasie, wie wir ausgeführt haben, in einer gesteigerten Empfindlichkeit beruht, werden wir uns nicht weiter wundern, daß diese Überempfindlichkeit einmal eine einseitige (monovalente), nur auf ein bestimmtes Reizmittel eingestellte sein kann, während

Digitized by Google

sie ein andermal eine allseitige (polyvalente), auf Reize aller Art eingestellte ist. Es gibt Menschen, die z. B. nur gegen Jodoform, und andere, die nur gegen die Primel empfindlich sind. Andererseits aber kann jemand, der einen akuten Anfall von Urtikaria nach verdorbenem Fleisch überstanden hat, allseitig überempfindlich werden. Er kann dann einen urtikariellen Anfall nach Weißwein, Käse, aromatischem Obst usw. bekommen. Man kann bei demselben eine Urtikariaquaddel der Haut auch mechanisch hervorrufen, und er kann einen Anfall von urtikarieller Eruption auch nach einer heftigeren Sinneserregung bekommen.

Die klinische Erfahrung lehrt, daß die einseitige Überempfindlichkeit nach schwachen Dosen irgend einer lymphtreibenden Substanz entsteht, die vielseitige nach stark toxischen Stoffen. Diese klinische Erfahrung bestätigt Bloch auch experimentell. Man darf also annehmen, daß auch zwischen einseitig und vielseitig überempfindlichen Menschen nur ein qualitativer Unterschied besteht. Die Monovalenz ist der niedrigste, die Polyvalenz der höchste Grad der Überempfindlichkeit des lymphbildenden Apparates.

Und nun zum Schluß noch einige Worte über das Ekzem und die Ekzemidiosynkrasie.

Über die pathologisch-anatomische Grundlage des Ekzems habe ich mich bereits oben ausgelassen. Ich behaupte, daß die pathologisch-anatomische Grundlage des Ekzems sich aus zwei voneinander ganz verschiedenen Komponenten zusammensetzt: aus einer superfiziellen Entzündung der Haut und aus einer Hypersekretion von Lymphe im Bereiche der Papillen. Diese beiden Komponenten bleiben während der ganzen Dauer des Krankheitsanfalls bestehen und je nachdem, welche im gegebenen Moment das Übergewicht besitzt, richtet sich das klinische Bild der Krankheit. Die Lymphkomponente ist es, die dem Ekzem nicht nur ein besonderes Aussehen, sondern auch einen besonderen Verlauf verleiht. Sie ist es, die aus einer gewöhnlichen Dermatitis das Ekzem macht. Je mehr sie zur Geltung kommt, desto mehr ist das Ekzem Ekzem.

Daraus geht also hervor, daß all das, was in dieser Studie allgemein von der Idiosynkrasie gesagt wurde, in seinem ganzen Umfange auch für die Ekzemidiosynkrasie gilt.

Demnach beruht das Wesen der Ekzemidiosynkrasie in einer Überempfindlichkeit des lymphogenen Apparates der Haut im Bereiche der Papillen. Diese Idiosynkrasie kann eine monovalente sein, ist aber meistens eine polyvalente. Woraus sie sich entwickeln kann, wurde oben eingehend auseinandergesetzt.

Bloch hat sich durch seine letzte Arbeit über die Primelidiosynkrasie dadurch ein großes Verdienst erworben, daß er gezeigt hat, daß eine toxische Substanz existiert, die in genügender Konzentration bei einem jeden Menschen ein Ekzem zu erzeugen vermag. Er hat also nachgewiesen, daß der toxische Saft der Primel eine Substanz ist, die auf der Haut eines jeden Menschen sowohl Entzündung als auch Lymphhypersekretion hervorzurufen vermag. Daß im Primelsaft diese beiden Komponenten vorhanden sind, konnte man schon auf Grund der klinischen Beobachtung vermuten. Es ist sehr wohl bekannt, daß die Primel einmal eine diffuse akute, dem Erysipel ähnliche (aber juckende) Hautentzündung,

Digitized by Google

das andere Mal ein stark nässendes Ekzem hervorrufen kann. Diese Erfahrung ließ sich ganz gut durch die Annahme erklären, daß in dem Primelsaft nicht immer die gleiche Menge der lymphtreibenden Komponente enthalten ist. Aber es fehlte der Beweis und daher bestand darüber keine Sicherheit. Muß doch die Verschiedenheit des klinischen Bildes nicht immer von der Qualität der Schädlichkeit, sondern kann auch von der individuellen Beschaffenheit des Kranken abhängig sein. Bloch erbrachte den unwiderleglichen Beweis nicht bloß davon, daß die Ursache dessen in der verschiedenen Zusammensetzung des Primelsaftes gelegen ist, sondern auch davon, daß der wichtigste Faktor, der die Verschiedenheit des klinischen Bildes bedingt, eine Substanz dieses Saftes ist, die, wenn sie genügend stark ist, auf der Haut auffallend große Blasen erzeugen kann. Woraus diese Blasen entstehen oder worin das Wesen dieser rätselhaften Substanz beruht, vermag Bloch nicht zu sagen; er wehrt sich nur gegen die Vermutung, daß dies eine ätzende Substanz sein könnte und daß diese Blasen nur die Folge einer intensiveren Verbrennung der Haut sein könnten. Wenn wir nun wissen, daß es Bloch gelungen ist, diese Substanz durch Extraktion mit heißem Äther aus den Blättern der Primel in genügender Konzentration zu gewinnen, und wenn wir ferner wissen, daß man diese Blasen unmöglich als den Ausdruck einer höhergradigen Entzündung auffassen kann, dann kann man nicht anders als die Annahme zuzugeben, das man es hier mit einer lymphtreibenden Substanz zu tun hat, mit einer Substanz, die, was die vitalen Wirkungen anbelangt, verwandt ist mit dem brennenden — lymphtreibenden — Saft der Nessel; daß nicht jede Primel diese Substanz in ihren Blättern in stets gleicher Menge enthält und daß diese Menge, wie wir von anderen analogen Fällen her wissen, auch von einer Reihe äußerer, zufälliger Erscheinungen abhängen kann: von der Beschaffenheit des Bodens, ferner davon, ob die Primel in einem Glashaus oder im Freien gezüchtet wurde usw.

Ich habe bei meinen klinischen Studien erkannt, daß mit einer ähnlichen Eigenschaft, wie sie der Primelsaft besitzt, auch das Streptokokkentoxin ausgestattet ist. Auch das Streptokokkentoxin vermag gleich dem Primelsaft bald eine Hautentzündung (Erysipel), bald eine Hypersekretion von Lymphe (Pemphigus neonatorum, Impetigo contagiosa), bald, wie mein Assistent Dr. Procházka nachgewiesen hat, ein Ekzem hervorzurufen. Es ist also klar, daß auch im Streptokokkentoxin, gleich wie im Primelsaft, zwei Substanzen enthalten sein müssen: eine pyrogene, die eine Entzündung macht, und eine lymphagoge, die die klinischen Erscheinungen der Lymphhypersekretion hervorruft. Und so wie im Primelsaft diese beiden Substanzen nicht immer in der gleichen Menge enthalten sind, ist dies auch beim Streptokokkentoxin der Fall.

Bloch hat, wie bereits gesagt, den Beweis erbracht, das eine toxische Substanz existiert, die, wenn sie genügend stark ist, bei einem jeden Menschen Ekzem erzeugt, daß also zum Auftreten eines Ekzems nicht immer eine Ekzemidiosynkrasie notwendig ist, daß hierzu die Substanz an und für sich genügt. Wenn wir nun wissen, daß zwischen dem Primelsaft und dem Streptokokkentoxin eine vollständige pathogenetische, biologische Analogie besteht, können wir uns des Gedankens nicht er-

Digitized by Google

wehren, warum nicht auch das Streptokokkentoxin für sich allein, also der Streptokokkus, der alleinige Erreger des Ekzems sein könnte, wie dies Unna seinerzeit behauptet hat. Auch hier wäre nur notwendig, daß neben der pyrogenen Substanz die lymphagoge Substanz in dem Toxin in genügender Menge vorhanden sei.

Freilich entsteht die Mehrzahl der Ekzeme, also auch der Streptokokkenekzeme, sicherlich bei prädisponierten idiosynkratischen Menschen, also bei Menschen mit einem überempfindlichen lymphbildenden Apparat.

Meine Erklärung des Wesens des Ekzems und der Ekzemidiosynkrasie ist nicht von ausschließlich theoretischem Interesse, sondern könnte auch zu wichtigen praktisch-theoretischen Folgerungen führen. Aus der Erkenntnis, daß die klinischen Symptome des Ekzems die Folge einer gesteigerten Tätigkeit des lymphogenen Hautapparates sind, geht hervor, daß sich bei der Behandlung des Ekzems solche Medikamente bewähren müßten, die imstande sind, die Hypersekretion der Lymphe einzudämmen, sie herabzusetzen und eventuell zur Norm zurückzuführen, also antilymphagoge Medikamente. Ein derartiges Medikament ist meiner Ansicht nach das Pellidol. Allgemein glaubt man, das Pellidol bewähre sich beim Ekzem aus dem Grunde, weil es ein ausgezeichnetes Keratoplastikum ist. Wenn wir aber seine Wirkungen bei verschiedenen Hautaffektionen verfolgen, kommen wir zu dem zwingenden Schluß, daß seine keratoplastische Fähigkeit ihren Grund darin hat, daß es die übermäßige Lymphsekretion eindämmt und auf diese Weise der Überschwemmung der Epidermis mit überschüssiger Lymphe entgegenwirkt, die, wie wir oben gezeigt haben, die normale Keratinisation verhindert. Daß unsere Erklärung dieser Wirkung des Pellidols richtig ist, geht aus der Tatsache hervor, daß das Pellidol bei Zuständen und Krankheiten, die nicht mit einer Hypersekretion von Lymphe einhergehen, kein so ausgezeichnetes Keratoplastikum mehr darstellt.

Demnach wäre es ganz gut möglich, beim Pellidol, so wie es Ehrlich beim Salvarsan in vorbildlicher Weise getan hat, nachzuforschen, welche Komponente desselben an dieser seiner antilymphagogen Wirkung am meisten beteiligt ist, um auf diesem Wege eventuell zur Zubereitung eines neuen Pellidols mit möglichst größter antilymphagoger Wirkung zu gelangen. Diesem Medikament würde sich ein weites Betätigungsgebiet bei allen jenen Hautaffektionen eröffnen, deren pathologisch-anatomisches Wesen in einer Hypersekretion von Lymphe im Bereiche der Papillen beruht, insofern es, wie bis jetzt, nur äußerlich anzuwenden wäre. Sollte es aber bei diesem Studium gelingen, ihm sogar seine Toxizität zu nehmen und auf diese Weise aus ihm ein Medikament zu machen, das auch innerlich gereicht werden könnte, wer weiß, ob wir dann in ihm nicht ein Heilmittel bei jenen Krankheiten besitzen würden, die durch Hypersekretion von Lymphe in der retikulären Zone und in der Subkutis bedingt sind.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES NOT TO BE REMOVED

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Russkii Westnik Dermatologii

1927, Bd. 5, Nr. 3

Ein histologisch untersuchter Fall von Sklerodermie, von Tschumakow. Die Untersuchung verschiedener erkrankter Partien klärte nicht die wichtige Frage auf, ob die Gefäßveränderungen oder die Bindegewebsentwicklung die Hauptsache ausmachen. An der Stelle des miliaren Herdes zeigte sich, daß zunächst eine Gefäßverletzung aufgetreten war und erst später die Bindegewebsentwicklung stattgefunden hatte. Als auslösendes Moment sieht Verf. eine Entzündung an, welche die Folge einer Beschädigung ist.

Die therapeutische Bedeutung des Magnesium sulfuricum bei Störungen der Harnentleerung, von Leibfreid und Tuchschnid. Verff. rühmen täglich oder einen um den anderen Tag vorzunehmende intramuskuläre Einspritzungen von 1,0—3,0 25%iger wäßriger, sterilisierter $MgSO_4$-Lösung als anästhesierendes und antispastisches Mittel bei Urethritis post. wie bei Störungen der Harnentleerung zentralen Ursprungs und auch bei Enuresis nocturna der Kinder.

Kochsalz bei Hauttuberkulose, von Zyganowa. Chemisch reines Kochsalz wird mit Wasser zu einem Brei verrührt und in dicker Schicht auf die eiternde Oberfläche aufgelegt. Bei unversehrter Epidermis wird eine Eiterung erzielt durch Anwendung von CO_2-Schnee, 25—40%iger Resorzinsalbe usw. Nach 2—3, selten 24stündiger Einwirkung des Kochsalzbreies wird derselbe entfernt und durch Borvaselin ersetzt. Es ist ratsam, vor Anwendung des Breies die kranke Partie mit Kokain zu bepinseln, da der Gewebszerfall von starken Schmerzen begleitet ist. Die Verheilung des Geschwürs unter Borvaselin geschieht in 2—6 Wochen. Es bleibt eine zarte Narbe zurück.

Butyrum Cacao als Vehikel für unlösliche Hg-Präparate, von Djakow. Verf. rühmt die Kakaobutter als Zusatz zur Hg-Emulsion in folgender Weise: Hg salicyl. 2,0—4,0, Ol. vaselini 5,0, Butyr. Cacao 15,0. Vor der Injektion ist leichte Erwärmung der Lösung nötig. Die Einspritzungen rufen nur geringe Schmerzen hervor.

Beobachtungen über die Wirkung von Bismutogvi (Bismuthum bitartaricum) allein oder in Kombination mit Neosalvarsan auf die Syphilis, von Fischbein. Auf Grund von 55 mit dem russischen Präparat Bismutogvi allein oder in Verbindung mit Neosalvarsan behandelten Syphilisfällen spricht sich Verf. lobend über dieses Präparat aus.

Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit, von Berson und Loweiko. Der 40jähr. Kranke der beiden Verff. bot alle Zeichen der Recklinghausenschen Krankheit, wobei sich eine Hypoplasie verschiedener endokriner Drüsen feststellen ließ.

Das Epitheliom der Nase, von Rudakow. Ein Übersichtsreferat.

A. Jordan-Moskau.

Venerologia und Dermatologia. (Moskau)

1927, Nr. 3

Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Treparsol auf die Erscheinungen der Syphilis und auf die WR, von Smeloff. Das Treparsol steht in seiner Wirkung auf die Spirochaeta pallida den Salvarsanpräparaten bedeutend nach, wirkt langsamer als diese auf die klinischen Erscheinungen und ganz besonders langsam auf die WR.

Ein Fall von zwei harten Schankern der Scheide, von Devojanz. Zwei zufällig gefundene, nebeneinandergelegene Scheidenschanker bei einer 27jähr. Schneiderin.

Zur Wirkung des fälschlich in konzentrierter Lösung intravenös injizierten Altsalvarsans, von Suchareff. In dem beschriebenen Fall wurde 0,6 Arsenobenzol

Digitized by Google

Billon, aufgelöst in 10 ccm Wasser, was anstandslos gelang, injiziert. Es traten Übelkeit, Erbrechen, Erstickungserscheinungen, krampfhafter Husten, Lungenembolie, Temperatursteigerung, Anurie, Eiweiß im Harn und Phlebitis ein. Abgesehen von der letzteren gingen alle Erscheinungen im Laufe der ersten Woche zurück; die letztere dauerte einige Wochen an.

Ein Fall von Syphilis maligna, von Parfenenkoff. 23jähr. Bäuerin mit pustulösem Syphilid, Iridocyclitis dextra und Panophthalmitis sinistra.

Zur Histologie der Atrophodermie, von Woronoff. Beschreibung je eines Falles von Acrodermatitis chronica atrophicans cum sclerodermia und von Sklerödema. Bei der histologischen Untersuchung beider Fälle fand sich eine Komprimierung (Krümmung und Ausziehung) der meisten Bindegewebszellkerne. Durch Vergleich mit anderen ähnlichen Fällen konnte Verf. nachweisen, daß diese Erscheinung überhaupt den Trophoatrophodermien eigen ist.

Oedema penis bei Erythema exsudativum multiforme, von Selissky. Ein Fall.

Zur Pathogenese der Cutis laxa, von N. Kroll. Fall von Cutis laxa beider Arme bei gleichzeitigem Bestehen von Athetose infolge, nach Ansicht des Verf., von Erkrankung der höheren vegetativen Zentren im Corp. striatum.

Zur Kasuistik der Urtikaria, von Judin. Urtikariaausbruch nach psychischer Aufregung.

Zur Wirkung der Lampe „Sollux" beim Tripper des Mannes, von Beirach. Die Solluxlampe ist bei akuten, entzündlichen, unter der Haut gelegenen Infiltraten (Lymphangitis blennorrhoica) angezeigt; bei Epididymitis acuta blennorrhoica dagegen bewährte sich diese Behandlung nicht.

Über Divertikelbildung der weiblichen Urethra, von Elistratowa. Die Divertikelbildung entwickelte sich bei der 25jähr. Frau einige Monate nach einer normalen Geburt (Urethrocoele post partum).

Die therapeutischen und toxischen Eigenschaften des Treparsols bei der experimentellen Kaninchensyphilis, von S. Orloff. Das Treparsol entwickelt seine heilenden Eigenschaften bei der experimentellen Kaninchensyphilis nur bei hoch toxischen Dosen. Im Vergleich zum Stovarsol ist es viel toxischer.

Zur Salvarsanbehandlung des Rückfallfiebers bei Ratten, von Lebedewa und Sinjuschina. Die therapeutischen Salvarsandosen sind nicht imstande, eine Sterilisation aller mit Rekurrens infizierten Ratten herbeizuführen. Die Widerstandsfähigkeit der verschiedenen Rekurrensspirochätenstämme ist nicht gleich.

Zur Frage der Bekämpfung der Prostitution, von Ostrowsky. Im Laufe eines halben Jahres gelang es der Kommission zur Bekämpfung der Prostitution in Moskau, 150 kranke Frauen dem Dispensar zuzuführen, von denen die meisten Prostituierte waren.

Zum Unterricht über die soziale Venerologie in der Hochschule für Mediziner, von M. Kaplun. Verf. spricht sich für die Notwendigkeit einer Dozentur für soziale Venerologie aus.

Zur Charakteristik der epidemischen Syphilis und einiger Hautkrankheiten unter den nomadisierenden Kirgisen, von Selmanowitsch. Von den Kirgisen der Tschimkentschen und Aulie-Atinnschen Kreise waren 34,3% syphilitisch infiziert, wobei es sich in 64,5% um gummöse, in 34,6% um sekundäre und nur ausnahmsweise um primäre Prozesse handelte. Skabies wurde in 12%, Dermatomykose in 24% beobachtet. (Von Lepra wird merkwürdigerweise nicht gesprochen, fehlte somit anscheinend in diesen Kreisen. Anm. des Ref.) A. Jordan-Moskau.

Börgyógyászati Urologiai és Venerologiai Szemle. (Ungarisch)

1925, Nr. 3

Über die intravenöse Anwendung des Natrium bromatum (A natrium bromatum intravénás alkalmazásáról), von J. Sellei und E. Liebner, Charité-Polikl. Budapest. S. 59. Es wurden jeden Tag bzw. jeden zweiten Tag 10 ccm einer 10% NaBr enthaltenden physiologischen Kochsalzlösung intravenös gespritzt. Die besten Erfolge bei akuten nässenden, besonders vom Gesicht ausgehenden Ekzemen. Jucken und Brennen ist bereits nach 2—3 Stunden wesentlich schwächer bzw. hört gänzlich auf, das Nässen sistiert nach der 2.—3. Injektion. Meistens wurde auch äußerlich behandelt (Umschläge mit Aqua calcis,

Digitized by Google

Ol. olivar. āā., Aqua plumbi, Kamillentee). Viel geringer war die Wirkung bei den chronischen Ekzemen. Bei Lichen Vidal, universellem und lokalem Pruritus, Urtikaria war so gut wie gar kein Einfluß der Injektionen zu konstatieren. Nebenwirkungen, wie Schüttelfrost, Temperaturerhöhung, Kopfschmerz, Durchfall, mehrere Stunden dauernder tiefer Schlaf, traten in mehreren Hunderten von Injektionen nur bei zwei Fällen auf. Verff. glauben es hier nicht mit Bromwirkung, sondern mit einer Intoxikation zu tun zu haben, welche durch zufällige organische Beimengungen bedingt sein könnte.

Die Behandlung des Trippers beim Weibe (Fortsetzung) (A nöi gonorrhoea gyógyitása), von St. Vágó, Polikl. Budapest. S. 65. Zur lokalen kausalen Therapie sind ausschließlich die komplikationsfreien, auf die unteren Harnwege und auf den unteren Genitaltrakt lokalisierten Prozesse geeignet. Falls die Portio keine entzündlichen Erscheinungen mehr zeigt und Adnexerkrankung nicht vorliegt, ist der Zervixkanal mit bakteriziden und ätzenden Mitteln energisch zu behandeln. Wenn die Erkrankung nach den tieferen Gewebsschichten vorgedrungen ist oder auch die Adnexe beteiligt sind, Vakzinetherapie. Zur Unterstützung der lokalen und spezifischen Behandlung — besonders in chronischen und renitenten Fällen — Proteintherapie und physikalische Hilfsmittel, vor allem Diathermie.

Mittels Vasektomie beseitigte chronische Retention infolge tuberkulöser Prostatitis (Tbc.-s. prostata által okozott idült retentio megszüntetése vasektomiával), von D. Egyedi, Polikl. Budapest. S. 73. Bereits am Tage nach der Operation (beiderseitige Vasektomie) konnte Pat. die Blase vollkommen entleeren. Nach der Operation war eine Zunahme der Potentia coeundi und eine auffällige Verschlimmerung der Hoden- und Nebenhodentuberkulose zu verzeichnen.

Nr. 4

Über die sogenannte Urticaria perstans (Az ugynevezett urticaria perstansról), von E. Lehner, Polikl. Budapest. S. 87. Es wird kurz die Krankengeschichte je eines Falles von Urticaria perstans papulosa und Urticaria perstans verrucosa mitgeteilt. Der erstere betraf einen 39jähr. Mann mit linsen- bis bohnengroßen, über die ganze Hautoberfläche verteilten papulösen Effloreszenzen, der letztere eine 38jähr. Frau mit erbsen- bis bohnengroßen, lichenifizierten, zum Teil verrukösen Läsionen der Extremitäten, der Handteller und Fußsohlen, bzw. stecknadelkopf- bis hanfkorngroßen Effloreszenzen des Gesichts. In beiden Fällen war jede Therapie erfolglos. Der Urticaria perstans verrucosa ähnliche Fälle wurden in der französischen Literatur unter Lichen obtusus corné, von Hyde als Prurigo nodularis beschrieben; es handelt sich hier, wie aus den identischen klinischen und histologischen Bildern hervorgeht, um wesensgleiche Krankheitsformen. Sowohl die Urticaria perstans papulosa wie die Urticaria perstans verrucosa sehen zu Beginn der eigentlichen Urtikaria auffallend ähnlich; doch benehmen sie sich im weiteren Verlaufe und im histologischen Bilde derart abweichend von der Urtikaria, daß die Einreihung in eine andere Gruppe als höchst notwendig bezeichnet werden muß. Verf. schließt sich Darier an, welcher diese Fälle in die Prurigogruppe einordnet und die Urticaria perstans papulosa mit der diffusen Prurigo vulgaris, die Urticaria perstans verrucosa dagegen als selbständige Erkrankung unter der Bezeichnung Prurigo nodularis abhandelt.

Über den Primäraffekt der Scheidenwand anläßlich der Beobachtung eines Falles (A hüvely falán elöforduló primär sclerosisról egy eset kapcsán), von D. Reiner, Teleia, Budapest. S. 90. Primäraffekte der Scheidenwand werden infolge verschiedener äußerer Umstände nur selten beobachtet, obzwar sie nach Rille gar nicht so selten sind. Sie sitzen meistens an der hinteren Wand, sind häufig nur linsengroß, kaum induriert und ulzerieren nur selten. Sie überhäuten sich schnell und sind zur Zeit des ersten Exanthems meistens nicht mehr konstatierbar. Die Leistendrüsen sind nur dann vergrößert, wenn der Primäraffekt im vorderen Abschnitt sitzt. Verf. beobachtete bei einer 41jähr. Frau mit Frühexanthem einen zwanzighellerstückgroßen, knorpelharten Primäraffekt an der hinteren Scheidenwand rechts.

Behandlung von Hautkrankheiten mit Staphyloyatren (Börbetegségek kezelése Staphyloyatrennel), von A. Török, Polikl. Budapest. S. 93. Es wurden oberflächliche und tiefe Eiterungen mit Staphyloyatren (1—1,5—2 com intraglutäal) behandelt. Besonders bei Follikulitiden und Furunkeln wurden beachtenswerte Erfolge erzielt; erstere trockneten bereits nach den ersten Injektionen ein, letztere schmolzen rascher ein, die schmerzhafte Spannung ließ bald nach, und die Neuaussaaten blieben aus. Weniger befriedigend waren die Erfolge bei Akne und Eczema impetiginosum.

Digitized by Google

Über die Wirkung des Lichtes auf die menschliche Haut, mit besonderer Berücksichtigung des Lichtschutzmittels „Sorel" (A fény hatása az emberi börre, különös tekintettel a Sorel-nevü fényvédöre), von Fr. Urbán, Polikl. Budapest. S. 96. Gegen die chemisch wirksamen Strahlen des Sonnenlichtes verwendet man allgemein die verschiedenen Lichtschutzsalben (Lichtmattan, Zeozon, 5—10%ige Chininsalben); ihrer Anwendung stellt sich die Salbenform, dann die Möglichkeit der Erzeugung von Dermatitiden hinderlich entgegen. Frei von diesen Nachteilen ist das Präparat „Sorel", eine curcuma- und chininhaltige Schüttelmixtur. Neben der bequemeren Anwendungsart ist es auch noch wirksamer als die bisher gebräuchlichen Salben.

Über die syphilitische Regenbogenhautentzündung (A lueses szivárványhartyagyulladásról), von M. Weisz, Polikl. Budapest. S. 97. Die statistische Bearbeitung des poliklinischen Materials der letzten 5 Jahre ergab für die Häufigkeit der syphilitischen Iritis 55% von sämtlichen Iritiden, 13% von sämtlichen syphilitischen Augenerkrankungen, 0,34% von sämtlichen Augenerkrankungen. Als charakteristisches Symptom wird die Lokalisation der Entzündungserscheinungen in der Sphinktergegend, weiter die geringe Schmerzhaftigkeit und die Lichtscheu hervorgehoben. Die Erkrankung tritt am häufigsten in der Sekundärperiode, und zwar vornehmlich zwischen dem 3. und 6. Monate unilateral auf. Die Prognose ist im allgemeinen günstiger als bei rheumatischer oder blennorrhoischer Ätiologie. Neben der lokalen Therapie (Mydriatika) natürlich auch allgemeine. Proteintherapie mit Kuhmilch; meist genügte eine Injektion.

Die blennorrhoischen Erkrankungen der Harnwege und der Anhangsgebilde der Harnröhre und deren Behandlung (Fortsetzung) (A hugyutak s a hugycsö függelékes szerveinek gonorrhoeás megbetegedései s ezek gyogyitása), von D. Egyedi-Budapest. S. 100.

Nr. 5

8 Jahre nach einer Ureterunterbindung entfernte hydronephrotische Niere (Ureterlekötés után 8 év mulva eltávolitott hydronephrosisos vese), von G. Lobmayer, Polikl. Budapest. S. 115. 43jähr. Frau. Vor 8 Jahren Uterusexstirpation per laparotomiam. Seit 2 Jahren Bauchkrämpfe, die sich immer häufiger wiederholten und 3 Tage vor der Aufnahme in Begleitung von Fieber sich bis zur Unerträglichkeit steigerten. Bei der Operation zeigte sich, daß die linke Niere in eine kindskopfgroße, transparente Zyste verwandelt war. Der fingerdicke Ureter konnte bis zur Stelle des Lig. lat. verfolgt werden, wo er sich im Narbengewebe verlor.

Experimentelle Untersuchungen über die innersekretorischen Beziehungen zwischen Hoden und Prostata (A here és prostata köszötti belsö secretiós viszonyra vonatkozó kisérletes vizsgálatok), von E. Kornitzer und A. Lieben, Physiol. Univ.-Inst. und Rothschild-Spital, Wien. S. 117. Kastrierte Ratten wurden 2—3 Wochen nach erfolgter Kastration — zu einem Zeitpunkte also, wo an der Prostata und den Samenbläschen schon makroskopisch deutlich sichtbare Involutionserscheinungen zu verzeichnen waren — mit Hodentrockenextrakt gefüttert. Nach 3—4 Wochen waren diese Organe bedeutend größer als bei den kastrierten Kontrolltieren, und nach 8—9 Wochen erreichten sie wieder ihre normale Größe. Wurde zur Fütterung Nebenhodenextrakt verwendet, so konnte bloß eine vorübergehende Vergrößerung konstatiert werden; nach 8—10 Wochen waren Prostata und Samenbläschen am Versuchstier und Kontrolltier gleich groß. Die makroskopischen Befunde fanden eine Bestätigung in den histologischen Präparaten. Diese Experimente beweisen also mit Sicherheit, daß der innersekretorische Hauptfaktor des Hodens nicht in den Spermatozoen zu suchen ist.

Lichttherapie in der Dermatologie (Fénygyógyitás a dermatologiában), von G. Hajnal, Teleia, Budapest. S. 120. Kurze Besprechung der Lichtbiologie und der therapeutischen Indikationen des Lichtes. Bezüglich der Dosierung verspricht sich Verf. von den aktinimetrischen und biologischen Einheiten nicht viel. Aber man kann auch ohne diese ganz gut auskommen, denn die praktische Erfahrung setzt einen bald in die Lage, intuitiv die richtige Belichtungszeit bestimmen zu können. Man muß natürlich wissen, was man erreichen will, wobei das Schulze-Arndtsche Gesetz zu befolgen ist. In der Dermatologie werden meistens die kleinen und mittleren Dosen Anwendung finden.

Omnadin in der Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen des Harnapparates (Omnadin alkalmazása kankós hugyszervi megbetegedések eseteiben), von E. Hajós, Teleia, Budapest. S. 124. Omnadin kann mit Erfolg angewendet werden bei Funikulitis, Epididymitis, Cowperitis, Prostatitis, Zystitis, Pyelitis und Arthritis, und zwar sowohl im chronischen wie akuten Stadium. In akuten Fällen sind größere Dosen in

Digitized by Google

längeren Zeitabständen (4 ccm 3—5mal täglich), in chronischen Fällen kleinere Dosen mit kürzeren Intervallen (2 ccm 2—4mal täglich) angezeigt. Allgemeinerscheinungen, Fieber wurden nur selten beobachtet; dagegen trat fast immer Herdreaktion auf, die sich am folgenden Tage mit Steigerung der Schmerzen einstellte. Die Anwendung geschieht intramuskulär.

Diphasol in der Syphilistherapie (Diphasol a syphilis therápiájában), von E. Liebner und J. Fenyö, Charité-Polikl. Budapest. S. 126. Das Diphasol ist eine merkurisierte Oxysulfo-Karbonsäure in molekulardisperser Lösung mit 5% metallischem Hg. Es wurden insgesamt 63 Fälle, worunter die verschiedensten Stadien vertreten waren, behandelt, und zwar teils mit Diphasol allein, teils in Kombination mit Neosalvarsan; im Laufe einer Kur wurden 20—25 Diphasolspritzen gegeben zu je 1 ccm 2—3mal täglich. Das Diphasol erwies sich als ein zwar langsam, jedoch nachhaltig wirkendes Antisyphilitikum. Die WR wurde meistens erst 1—2 Monate nach beendeter Behandlung negativ. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Die blennorrhoischen Erkrankungen der Harnwege und der Anhangsgebilde der Harnröhre und deren Behandlung (Fortsetzung) (A húgyutak s a húgycsö függelékes szerveinek gonorrhoeás megbetegedései s ezek gyógyitása), von D. Egyedi-Budapest. S. 129.

Nr. 6

Beiträge zur gegenseitigen Beziehung der Epidermolysis bullosa hereditaria simplex und dystrophica (Adatok az epidermolysis bullosa hereditaria simplex és dystrophica egymáshoz való viszonyához), von D. Kenedy, Polikl. Budapest. S. 147. Es handelte sich um eine 54jähr. Pat., die angab, daß ihr Vater, eine Schwester ihres Vaters und die Tochter derselben ein ähnliches Leiden hatten. Pat. ist Mutter von 8 Kindern, von denen 3 dieselben Erscheinungen aufwiesen wie die Mutter. Die dystrophischen Veränderungen waren am geringsten beim jüngsten Kind (16 Jahre). Die Vererbung ist hier einfach dominant, d. h. die Epidermolysis dystr. braucht nicht immer die rezessive Vererbungsart beizubehalten. Die Beobachtung einiger Autoren (Linser, Mayr und Katz u. a.), wonach in ein und derselben Familie bei einem Teil E. simplex, beim anderen die dystrophische Form vorkommen kann, findet durch den vorliegenden Fall keine Bestätigung, sondern scheint eher die Siemensche Auffassung zu bekräftigen.

Skarlatiniformes Trichophytid bei dysidrosisartiger Trichophytie (Dysidrosisszerü trichophytiasisnál fellépö scarlatiniform trichophytid), von E. Rajka, Polikl. Budapest. S. 150. Bei einer 34jähr. Frau, die seit einem halben Jahre an einer mit dysidrosisartigen Bläschen einhergehenden oberflächlichen Trichophytie (Mycosis eczematiformis Török) des rechten Fußes litt, entwickelte sich im weiteren Verlaufe ein skarlatiniformes Exanthem. In den Bläschen und Schüppchen konnte ein Pilz nachgewiesen werden, welcher sich kulturell als Trichophyton gypseum erwies. Auf intrakutane Trichosaninjektion entstand starke Allgemeinreaktion mit hohem Fieber, Gliederschmerzen, mächtigem Aufflackern des Erythems, weitere starke Herd- und Lokalreaktion als Zeichen dafür, daß es sich um eine spezifische Allergie handelte.

Die Behandlung der Syphilis mit Bismutpräparaten. IX. Mitteilung: Bismuto-Yatren (A syphilis gyógyitása bismuth-készitményekkel), von E. Lehner und E. Radnai, Polikl. Budapest. S. 155. Bismuto-Yatren B wirkt sehr gut auf die sekundären und tertiären Erscheinungen der Syphilis. Auch die WR wird bei Frühsyphilis bereits nach einer Kur negativ. Als unerwünschte Nebenerscheinung war von 10 Fällen einmal eine rasch vorübergehende Nierenreizung (Albumen, hyaline Zylinder) zu verzeichnen. Auffallend war der starke Ausfall der Jarisch-Herxheimerschen Reaktion.

Nr. 7

Der heutige Stand der Pathologie und Therapie der Pyelitis (A pyelitis pathologiájának és therápiájának mai állása), von D. Egyedi-Budapest. S. 171. Referat, erstattet auf der II. naturwissenschaftlichen Sitzung der Graf Albert-Apponyi-Polikl., am 24. Juni 1925.

Die Behandlung des akuten Trippers mit Necaron (A heveny kankó kezelése Necaronnal), von E. Halász, Teleia, Budapest. S. 181. 50 Fälle, davon 42 mit akuter Urethritis anterior. In den letzteren Fällen durchschnittlich nach 8 Tagen negative Ausstriche, nach 25 Tagen Heilung. Reizungen wurden nie beobachtet. Aber auch bei Urethritis tot. war der Erfolg recht befriedigend; in den meisten Fällen klärte sich der

Digitized by Google

Urin bereits nach 1—2 Spülungen. Zu Injektionen wurden Lösungen von 0,10—0,30:200 (5mal täglich 3—15 Minuten), zu Spülungen 1:10000—1:2000 verwendet. Dabei kommt die Löslichkeit des Präparates in Leitungswasser als besonders angenehmer Umstand in Betracht.

Ein neues Suspensorium (Egy uj suspensorium), von L. Bodnár-Budapest. S. 184. Die wichtigsten Änderungen sind die Fixation um den Gürtel, weiter eine der Raphe scroti entsprechend verlaufende Polsterung im Hodenhalter. Durch das Zusammenziehen dieser Polsterung können die beiden Hoden sozusagen getrennt werden; sie dient als untere Stütze und sichert mit der auch bei anderen Suspensorien vorhandenen seitlichen Stütze eine absolute Ruhestellung des erkrankten Nebenhodens.

Die Behandlung der Syphilis mit Bismutpräparaten. X. Mitteilung: Mesurol (A syphilis gyógyitása bismuth-készitményekkel), von E. Lehner und E. Radnai, Polikl. Budapest. S. 186. Das Mesurol ist ein sehr energisches Antiluetikum von äußerst geringer Toxizität. Unangenehme Nebenerscheinungen oder Schmerzen an der Injektionsstelle wurden nie beobachtet. Außer den klinischen Erscheinungen aller Stadien konnte bei Frühsyphilis auch die WR günstig beeinflußt werden; es genügte eine Kur, um ein Negativwerden derselben zu erzielen. Die Spirochäten verschwanden 24 Stunden nach der zweiten Injektion. Dosis: jeden 3. Tag 1—2 ccm intramuskulär; zusammen 15—20 Injektionen.

Nr. 8

Über die spezifische und unspezifische Behandlung der Komplikationen des Trippers des Mannes mit besonderer Berücksichtigung des Gonoyatren (A férfigonorrhea szövödményeinek specifikus és nem specifikus kezeléséröl, különös tekintettel a Gonoyatrenre), von E. Rajka, Teleia, Budapest. S. 199. Zur kombinierten Behandlung hat sich nach Verf. besonders das Gonoyatren gut bewährt, welches hauptsächlich intravenös verabreicht wurde.

Durch Northovan geheilter Fall von Hg-, Bi- und salvarsanresistenter Syphilis (Hg-, Bi- és salvarsan iránt resistens syphilidnek Northovannal gyógyult esete), von E. Lehner, Polikl. Budapest. S. 211. Zu Beginn der Erkrankung bildeten sich die Manifestationen auf kombinierte Hg-Neosalvarsanbehandlung in der üblichen Weise zurück. Gelegentlich des zweiten Rezidivs war diese Behandlung erfolglos, dagegen brachte Bi die Erscheinungen zum Schwinden. Ein späteres Rezidiv konnte aber auch mit einer intensiven Kombinationskur von Hg, Bi und Neosalvarsan, trotz Abwechslung der Hg- und Bi-Präparate, nicht beeinflußt werden; auf intravenöse Northovaninjektionen trat jedoch rasche Rückbildung der Symptome ein. Interessant war noch in diesem Falle, daß die Rezidive immer an derselben Stelle, nämlich im Mund und Rachen, auftraten. Die Ursache der Therapieresistenz ist in der Änderung der Immunitätsverhältnisse des Organismus und im Resistentwerden des Erregers zu suchen. M. Lang-Fünfkirchen.

Mitteilungen aus der Literatur

Bakteriologie und Immunitätslehre

Beiträge zur Kenntnis der Überempfindlichkeit. III. Asthmaerzeugung durch Prüfung der Haut auf Allergie, von J. W. Semon-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 14, S. 506—507.) Bei einer an Heuschnupfen leidenden Patientin mit Vagotonie, die vorher niemals asthmatische Anfälle gehabt hatte, trat ein sehr schwerer Anfall auf im Anschluß an eine Prüfung der Hautempfindlichkeit mit flüssigen Extrakten verschiedener Gräserarten, die eine spezifische Quaddelbildung von ganz ungewöhnlicher Größe bewirkt hatte. Vorher hatte nur Überempfindlichkeit der oberen Luftwege und der Konjunktiven bestanden, deren katarrhalische Reaktion die Allergene von Allgemeinerscheinungen oder Lokalreaktionen an entfernter liegenden Organen abgehalten hatte.
E. Levin-Berlin.

Idiosynkrasie und Überempfindlichkeitszustände, von L. Adelsberger-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1927, Nr. 5, S. 146.) In gemeinverständlicher Weise wird die Frage des Idiosynkrasie- und Anaphylaxieproblems aufgerollt. Hingewiesen wird auf die Wichtigkeit des Vorkommens des Forßmannschen Antigens bei Menschen der Blutgruppen II und IV. Zur Prüfung auf Überempfindlichkeit dienen: 1. die Intrakutan-

Digitized by Google

reaktionen, deren Vorteil in der einfachen Technik liegt; 2. die von Jadassohn-Bloch für das Ekzem ausgearbeitete Hautprüfung; 3. die Hämoklasie, welche sehr empfindlich ist, aber ebenfalls keine spezifische Diagnose gestattet. Kausaltherapeutisch kommt neben der spezifischen Desensibilisierung durch Darreichung kleinster Mengen der den Chok auslösenden Substanz noch die unspezifische durch Eiweißkörper in Betracht.
K. Fischer-Prag.

Schimmelpilzallergene als Krankheitsursachen, von St. van Leeuwen und W. Kremer-Leiden, Holland. (Kl. W., 1927, Nr. 9, S. 408.) Verff. haben hier und an anderer Stelle wiederholt den Nachweis erbracht, daß Schimmelpilze und andere sonst nicht oder nur schwach pathogene Mikroorganismen zu Krankheitserregern werden können. Um den Nachweis des Allergens als krankmachendes Agens führen zu können, müssen drei Bedingungen erfüllt sein: 1. Das Vorkommen der Substanz in der Umgebung des Kranken, was für alle benutzten Allergene bewiesen werden konnte. 2. Der Nachweis der Erzeugung charakteristischer Krankheitserscheinungen bei überempfindlichen Menschen. Der Beweis wurde erbracht, indem Normale und Überempfindliche intrakutan und subkutan mit Extrakten der Klimaallergene geimpft wurden. Der Überempfindliche reagiert prompt auf den für ihn pathogenen Extrakt; auch unter den Normalen reagiert ein Teil, wodurch wohl nur bewiesen ist, daß auch unter den sonst normal erscheinenden Personen, wie in anderen Sensibilisierungsversuchen, es Organismen gibt, bei denen es, ohne daß sie zunächst an einer allergischen Krankheit leiden, zur Manifestierung der Hautreaktion kommen kann. 3. Der wichtigste Beweis besteht in dem Nachweis, daß der Körper des Allergikers auch sonst in spezifischer Weise mit dem Allergen reagiert. Verff. konnten dabei zeigen, daß das Blut der Klimaallergiker Substanzen enthält, die in spezifischer Weise — es wurde dazu die Methode von Prausnitz und Küstner benutzt — die Klimaallergie auf Nichtallergische übertragen können und Substanzen, die in spezifischer Weise die Klimaallergene hemmen können. Wie sich der Organismus sensibilisiert, ist noch hypothetisch. Eine große Rolle spielt sicher die Disposition. Aber auch das zufällige Eindringen und Wachsen von Schimmelpilzsporen in einem geschwächten Organismus ist denkbar, ohne daß es zu einer Krankheit im üblichen Sinne kommt, sondern nur zur Hervorrufung einer Allergie.
E. Langer-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Über das Wesen akut auftretender Erytheme mit besonderer Berücksichtigung von Arsenschädigungen der Haut, von E. F. Müller. (Ztschr. f. kl. Med., Bd. 150, H. 1 und 2, S. 192.) Das unmittelbar nach einer Salvarsaninjektion in der Blutbahn befindliche Arsen wird mechanisch in die Gewebe eingeschwemmt, bald kommt es jedoch infolge eines Reflexes zu einer aktiven Abgabe des Arsens aus den peripheren Geweben und zu einer aktiven Aufnahme seitens der Leber. Beim Auftreten eines Arsenerythems ist diese autonome Tonuseinstellung und die dadurch bedingte Stoffwechselregulation gestört. Die aktive Arsenabgabe seitens der Haut hört auf: weder im Blute noch in den Exkreten ist Arsen nachzuweisen. Da in diesen Anfangsstadien noch keine anatomische Schädigung der Haut nachzuweisen ist, muß das Erythem als Ausdruck einer Alteration des Gefäßsystems aufgefaßt werden, welche die oben erwähnte Stoffwechselstörung begleitet und wie diese reflektorischen Ursprungs ist. Erst wenn die Stoffwechselstörung länger andauert, kommt es infolge der toxisch werdenden As-Konzentration in der Haut zu lokal bedingten, anatomischen Läsionen und zum klinischen Bilde der Dermatitis exfoliativa. Vasomotorische Symptome im Verlaufe einer Arsenbehandlung sind also der Ausdruck einer Überreizung des vegetativen Nervensystems. Diese von der Beobachtung der Arsenschädigung abgeleiteten Befunde legen die Vermutung nahe, daß auch für andere toxische und infektiöse Erytheme und Exantheme analoge Störungen im Tonus des vegetativen Systems, welche Stoffwechselstörungen und vasomotorische Erscheinungen bewirken, verantwortlich zu machen sind.
E. Schröpl-Prag.

Die Bedeutung der physikalischen Chemie für die Dermatologie, von A. M. Memmesheimer, Univ.-Hautkl. Bonn. (Kl. W., 1927, Nr. 7, S. 319.) Zusammenfassendes Referat.
E. Langer-Berlin.

Rôle de l'équilibre minéral dans les oedèmes expérimentaux (Die Bedeutung des Ionengleichgewichtes bei experimentellen Ödemen), von E. Aubel, P. Mauriac und Boutiron. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 38, S. 1557.) In einer früheren Mitteilung zeigten die Verff. die experimentelle Entstehung gewaltiger Ödeme beim Kaninchen durch kombinierte Behandlung mit Urannitrat (tgl. 5 mg) und NaCl. Nunmehr beschreiben

Digitized by Google

sie die experimentelle Erzeugung einer akuten Nephritis beim Kaninchen ohne jedes Ödem, aber mit Kochsalzretention. Mit gleicher Versuchsanordnung, nur unter Hinzufügung einer Vorbehandlung durch Injektion von Urannitrat, 2 mal im 8tägigen Intervall, erzielten sie eine schwere Nephritis, die in 1—2 Monaten unter Ausbildung schwerer Kachexie zum Tode führte. Anatomisch fanden sie keinen Unterschied bei den Fällen mit und ohne Ödeme in den Nieren. Sie deuten die klinische Divergenz daher allein durch den extrarenalen Gewebsfaktor. Um diese Vermutung zu bestätigen, bestimmten die Verff. in Blut, Muskel und Ödemflüssigkeit ihrer Versuchstiere den Prozentgehalt an H_2O, K, Na und NaCl. Das Resultat ihrer, in einer nicht sehr erschöpfend veröffentlichten Tabelle niedergelegten Untersuchungen scheint durchaus für die Bedeutung der Störung im Ionengleichgewicht zwischen Cl, K, Na zu sprechen. Sie bestätigen damit die Beziehungen zwischen NaCl- und H_2O-Absorption, wie sie die Blumsche Schule für Kochsalzresorption und Hydrops dargelegt hat, streifen kurz die Bedeutung der auch in ihren Untersuchungen gefundenen abnormen K-Werte als antagonistisch zum prävalierenden Na. Auf die für das erörterte Problem so wichtig gewordenen Arbeiten der Krausschen Schule sind die Verff. nicht eingegangen. Weitere Untersuchungen über die Rolle von P und Ca für die Ödembildung sind im Gange. F. Jacobsohn-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Effect of Various Agents — Ultraviolet Light, Vaccines, Turpentine, Neoarsphenamin and Autoblood Injections — on the Encymes of Blood and Skin. A Preliminary Report (Die Wirkung einiger Agentien — ultraviolettes Licht, Vakzinen, Terpentinöl, Neosalvarsan und Eigenblutinjektionen — auf die Enzyme des Blutes und der Haut. Vorläufige Mitteilung), von J. F. Schamberg und H. Brown. (Arch. of Intern. Med., 1925, Bd. 35, S. 537.) Zum Studium der Wirkungsweise der obengenannten Agentien (sowie der intravenösen Injektion von destilliertem Wasser beim Menschen) haben Verff. eine (tabellarisch mitgeteilte) Serie von Bestimmungen der proteolytischen und der lipolytischen Aktivität der Haut und des Blutes beim Menschen und Kaninchen von und nach Einwirkung dieser Faktoren ausgeführt. Sie entnehmen daraus folgendes: Das ultraviolette Licht (bei etwa 28 cm Entfernung und 20 Minuten Einwirkungsdauer) bewirkte bei Kaninchen und auch wohl beim Menschen eine Verminderung der Lipase im Blutserum, während die proteolytische Fähigkeit gesteigert zu werden schien. Die therapeutische intramuskuläre Injektion von Ol. terebinthinae mit Olivenöl ergibt eine Steigerung sowohl des lipolytischen wie des proteolytischen Ferments, beides beim Menschen und auch beim Kaninchen. Bei letzteren deuteten einige Versuche mit der subkutanen Injektion von Staphylokokkenvakzinen auf eine damit zu erzielende Steigerung der Lipase und der Protease im Blute. Die intramuskuläre Injektion von frisch entnommenem Blute (20 ccm) scheint beim Menschen auch Erhöhung der lipolytischen und der proteolytischen Tätigkeit zu bewirken. Große Dosen von Neosalvarsan (entsprechend einer Dosis von 3 g für einen 60 kg wiegenden Mann) bewirkten beim Kaninchen eine Herabsetzung beider Tätigkeiten. Das Resultat von der intravenösen Injektion von 1,5 ccm destilliertem Wasser bei 2 Pat. deutet auf eine dabei erfolgende Verminderung der Lipase und vielleicht auch der Protease hin. Die Behandlung mit Höhensonne bewirkte eine Verminderung der Lipase und der Protease in der Haut von Kaninchen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Eigenblut- und Kalziumtherapie, von A. A. Pawlow. (Westnik Sowremennoi Medicini, 1927, Nr. 3.) In 2 Fällen von Erysipel erhielt Verf. ein gutes Resultat durch Eigenblutinjektionen und in je einem Fall von Purpura rheumatica, bzw. Erythema exsudat. multif. durch intravenöse Kalziumeinspritzungen. A. Jordan-Moskau.

L'action olygodynamique de l'argent (Die olygodynamische Wirkung des Silbers), von R. Wernicke, I. Dortzenbasch und J.-M. de la Barrera. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 12, S. 896—897.) Als olygodynamische Wirkung wird die Tatsache bezeichnet, daß destilliertes Wasser bei Gegenwart von Metallen bakterizid wird. Für Kupfer und seine Oxyde war bereits nachgewiesen, daß es sich lösen muß, damit das Wasser olygodynamische Kraft enthält. Es wurden Röhrchen, die destilliertes Wasser und Streifen von sehr reinem Silber bei Gegenwart von Wasserstoff oder Luft oder Kohlensäure oder einem Gemisch von Luft und Kohlensäure enthielten, mehrere Wochen bei gewöhnlicher Temperatur gehalten und häufig geschüttelt. Sodann wurden zu 15 ccm dieses Wassers 2 Tropfen einer 24stündigen Kultur von Paratyphusbazillus B, Typus Schottmüller gefügt und die Röhrchen bei 19° im Dunkeln gelassen. Sogleich nach der Herstellung sowie nach 3, 24, 48 Stunden wurden Proben davon entnommen und auf

Digitized by Google

Petrischälchen verimpft und die nach 24 Stunden bei 37° und nach 24 Stunden bei Zimmertemperatur gewachsenen Kulturen gezählt. Zur Kontrolle wurden Kulturen mit Wasser, das nicht mit Silber in Berührung gewesen war, angelegt. In dem letzteren Falle ergab sich, ebenso wie bei dem bei Gegenwart von Wasserstoff mit Silber in Berührung gewesenen Wasser keine oligodynamische Wirkung; dagegen war eine solche merklich, wenn von Kohlensäure befreite Luft, und stark, wenn Kohlensäure oder eine Mischung von Luft und Kohlensäure zugegen gewesen war. Das in reinem Wasser bei Gegenwart von Wasserstoff unlösliche Silber wird unter der Einwirkung von Sauerstoff oder Kohlensäure löslich, und diese Lösung macht das Wasser oligodynamisch.

E. Levin-Berlin.

Thallium in der Dermatologie, K. v. Berde-Szeged. (Vortrag im Ärzteverein Szeged am 27. März 1927.) Im Gegensatze zu anderen Verfahren der Epilation schaltet das Thallium die Funktion der Haarpapille auf zentralem Wege vorübergehend aus. Sein Angriffspunkt ist das endokrine System, der Weg zur Haarpapille führt über den Sympathikus. Beim Menschen besteht ein auffallender Unterschied betreffs der Toleranz zwischen Kindern und Erwachsenen: während Kinder die Dosis curativa verhältnismäßig leicht vertragen, kann diese bei Erwachsenen leicht tödlich wirken. Eine Wiederholung der Dosis hat unberechenbare Folgen. Die so zustande kommende Vergiftung zeigt in klinischer und autoptischer Beziehung Abweichungen von dem gewohnten Bild der Th.-Vergiftung. Unangenehme Nebenerscheinungen geringeren Grades sind häufig. Verf. sah nach Verwendung dieses Mittels nur die Kopfhaare ausfallen, und auch diese nicht immer vollständig. Eine Epilation befriedigenden Grades sah er in 79%. Die Veränderungen an den Follikeln und der Haarpapille hält Verf. nicht für Atrophien. Nach gelungener vollständiger Epilation waren Fadenpilz-Haarerkrankungen durch nachträgliche desinfizierende Behandlung heilbar. Die physiologische Schweißabsonderung verminderte sich nach Epilationsdosen nicht wesentlich; wegen der epilierenden Wirkung wird das Mittel vom Verf. zur Behandlung der Hyperidrose für unbrauchbar gehalten. Vor Einleitung einer Th.-Behandlung hat man besonders zu achten: auf das Alter des Kranken und auf seine endokrinen Verhältnisse, ferner auf die molekuläre Zusammensetzung des verwendeten Th.-Salzes. Die Dosierung darf nicht schablonenhaft erfolgen, die entsprechende Dosis soll auf einmal, und zwar per os verabreicht werden. Die Kontraindikationen der Th.-Therapie, die Art der Resorption und der Wirkungsweise wäre genauer auszuarbeiten, ferner wäre es wünschenswert, die individuelle Th.-Empfindlichkeit vor Einsetzen der Behandlung genau zu kennen. Verf. hält auf Grund seiner Erfahrungen dieses Verfahren nicht für einen vollwertigen Ersatz der Röntgen-Bestrahlung und will seine Anwendung nur dort erlaubt sehen, wo für ein besseres und weniger gefährliches Epilationsverfahren sich keine Gelegenheit bietet. Autoreferat.

Über die Ausscheidung des Arsens durch die Galle, von T. Kuroda, Pharm. Univ.-Inst. Berlin. (Arch. f. exp. Path., 1927, Bd. 120, H. 5/6, S. 330.) Verf. injizierte Natriumarsenit, Natriumarsenat, Elarson, Natrium kakodylikum, Neosalvarsan und Atoxyl subkutan Hunden mit Gallenblasenfistel und wies nach, daß die Ausscheidung sowohl direkt in den Darm als auch durch die Galle erfolgt und zwar durch letztere mehr die Arsensäure als die arsenige Säure; nach subkutaner Injektion von Neosalvarsan ist die Ausscheidung durch die Galle noch erheblicher. D. M. Löwenstein-Bad Nauheim.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Silicosis universalis (Vorläufige Mitteilung), von V. M. Kogan-Jasny-Charkow. (Virch. Arch., 1927, Bd. 263, H. 1, S. 234.) Es handelt sich um eine neue, bisher in der Gewerbehygiene nicht beschriebene Berufskrankheit bei Arbeitern, welche mit Glimmer (Hauptbestandteil Kieselerde, SiO_2) beschäftigt sind in stauberfüllter Glimmeratmosphäre: 52 Personen (darunter nur 2 Männer), wurden untersucht. Meist 18 bis 21 Jahre alt, nur wenige über 30; Beschäftigungsdauer bei der Mehrzahl etwa 1 Jahr. Krankheitserscheinungen (meist schon nach kurzer Arbeitszeit einsetzend): Mattigkeit, Schwindel, Haarausfall (in 38 Fällen), rissige Nägel und Lippen, Geschwüre und Verletzungen der Schleimhäute, Heiserkeit, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Menorrhagien und Sehschärfeherabsetzung. Bei der überaus großen Mehrzahl am Oberarm, Hals usw. im Unterhautzellgewebe hirsekorngroße, rundliche Gebilde; Herz-, Lungen- und Nierenaffektionen. Pathologisch-anatomisch zeigen die Knötchen das histologische Bild eines Granuloms um fremdartige Substanzen, welche durch vielkernige Riesenzellen langsam eingeschmolzen werden (Paraffinom bzw. Oleoma silicatum). M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Les dermatoses par sensibilisation à la lumière (Die Hautkrankheiten infolge von Lichtsensibilisierung), von H. Jausion. (Paris méd., 1927, Nr. 7, S. 153—164.) Unzweifelhaft ist ein großer Teil von Dermatosen durch Lichtsensibilisierung hervorgerufen, ohne daß jedoch bisher dieser Zusammenhang sich in den meisten der Fälle mit zwingender Sicherheit nachweisen läßt. Zu unterscheiden sind: 1. Affektionen, bewirkt durch eine photodynamische Substanz endogenen Ursprunges; ihr Auftreten erfolgt spontan (z. B. bei Porphyrinämie, Hydroa vacciniforme, Acanthosis nigricans, Xeroderma pigmentosum, Ikterus) oder durch Einnehmen oder Einspritzen einer anderen Substanz provoziert (Einfluß verschiedener Harnstoffpräparate). 2. Affektionen durch exogene Photosensibilisierung infolge Einführung eines Photokatalysators in die Gewebe; diese erfolgt entweder in die Haut (Teer, Arsen, Trypaflavin — Riehlsche Melanose, Primeldermatitis, vielleicht eine Reihe sonstiger ekzematöser und urtikarieller Affektionen) oder auf dem Digestionswege (unsichere Vermutungen bezüglich vieler Erkrankungen, auch Pellagra) oder parenteral bzw. intravenös (Arsen-, besonders Salvarsan-Dyschromien, Trypaflavin). Die Behandlung kann dahin streben, die Lichtempfindlichkeit zu unterdrücken (Anwendung roten Lichtes) oder die Wirkung des Photokatalysators aufzuheben (innerliche Darreichung von Resorzin in Oblaten 1—2 mal 0,25 $^1/_2$ Stunde vor der befürchteten Strahlung). Die Photosensibilisierung kann auch therapeutisch verwertet werden, z. B. bei Alopezia areata Lichtbehandlung nach vorhergehender Trypaflavineinspritzung. E. Levin-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Über die Durchlässigkeit der Haut für Ultraviolett, von J. v. Ries, Röntgeninstitut d. Engeriedspitals Bern. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 11, S. 248. Von anderer Seite war festgestellt worden, daß die ultravioletten Strahlen die Haut durchdringen und bis zu den Blutgefäßnetzen gelangen; der rote Blutfarbstoff ist der eigentliche Empfänger für die ultravioletten Strahlen, die er etwa 100mal stärker absorbiert als Plasma und Haut. Andererseits zeigte sich, daß die Haut die Fähigkeit hat, das kurzwellige, dunkle Ultraviolett in sichtbares langwelligeres Licht zu transformieren, es gelangen also durch die Haut vor allem nicht die ultravioletten, sondern die sichtbaren violetten und blauen Strahlen, und diese werden vom Blut absorbiert. Es geht dies aus den Fluoreszenzerscheinungen der Haut im dunklen Ultraviolettlicht (durch Nickeloxydglas filtriertes Quarzlampenlicht) hervor, die beweisen, daß die sichtbare Strahlung stark reflektiert und ein großer Teil vom Ultraviolett unwirksam gemacht wird. Durch Bestreichen mit Vaseline und anderen Substanzen wird die Hautfluoreszenz verstärkt, durch gewisse Pflanzenöle und Butter wird die Haut für die Bestrahlung durchlässiger gemacht. Für die Beobachtung aller Fluoreszenz- und Phosphoreszenzerscheinungen wird eine einfache Vorrichtung beschrieben. E. Levin-Berlin.

Anaphylaxis and Ultra-Violet Light Treatment (Anaphylaxie und Ultravioletlichtbehandlung), von A. Bryce. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3454, S. 509.) Der Verf. beschreibt an Hand von Fällen die gute Wirkung des Ultravioletlichtes bei der Behandlung der Krankheiten auf anaphylaktischer Basis. Als solche nennt er: Asthma, Bronchitis, Heufieber, gewisse Hauterkrankungen, angioneurotisches Ödem, periodisches Erbrechen und periodische Diarrhoe. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Ultra-Violet Rays, Their Place in Medicine (Die Ultravioletstrahlen und ihre Stellung in der Medizin), von F. Hernaman-Johnson. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3455, S. 562.) Kurzer Übersichtsbericht über die Indikation zur Höhensonnenbehandlung. Für den Dermatologen nichts Neues. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Les accidents cutanés dus aux rayons ultra-violets (Hauterscheinungen nach ultravioletten Strahlen), von E. und H. Biancani. (Paris méd., 1927, Nr. 3, S. 72—81.) Überblick über die nach künstlichen Bestrahlungen und direkter Sonneneinwirkung auftretenden Erscheinungen, Pathogenese der Hautreaktionen, deren Verschiedenartigkeit nach verschiedenartiger Bestrahlung (Strahlenlänge) und dem Zustande des bestrahlten Individuums (Biotropismus). Verhinderung von Schädigungen. E. Levin-Berlin.

The Physical Characteristics of Sourges of Ultraviolet Light for Heliotherapy (Die physikalischen Eigenschaften von ultravioletten Lichtquellen für die Heliotherapie), von M. Petersen-New York. (Am. J. of Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 1, S. 19.) Die Arbeit ist ein Referat, das besonders auf die deutsche einschlägige Literatur zurückgreift. Ausgehend von dem Sonnenspektrum und seinem ultravioletten Anteil, dessen äußerste Grenze bei 285 $\mu\mu$ angenommen wird, werden die Analysen der bekanntesten

Digitized by Google

Lichtquellen, Kohlenbogenlampe, Quarzlampe auf Grund eigener, mit dem Quarzspektrographen aufgenommener Spektogramme gegeben. Weiter wird die Möglichkeit der relativen Vermehrung des Gehalts an Ultraviolett bei terrestrischen Lichtquellen besprochen, die bei thermischen Lichtquellen nur durch eine technisch schwer zu verwirklichende Temperaturerhöhung zu erreichen ist, und die Methoden der Dosierung, von denen die Mehrzahl, mit Ausnahme vielleicht der Dornoschen Kadmiumzelle, ihren Zweck als biologische Dosimeter nicht erfüllen. Die Arbeit enthält keine neuen Gesichtspunkte.
H. Holthusen-Hamburg.

Carbon Arc Radiation. Description of a New High-Intensity Arc (Kohlenbogenlichtbestrahlung. Beschreibung eines neuen Hochleitungslichtbogens), von R. P. Schwartz-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 9, S. 632.) Schwartz verwendet einen durch 70 Volt bei 90 Amp. erzeugten Lichtbogen, der im Spektralgebiet zwischen 290 und 350 millimicron 70% mehr Strahlenausbeute als Sonnenlicht aufweist. Durch Anbringen von vier derartigen Lichtbögen in einer Lampe Möglichkeit, eine größere Zahl von Pat. gleichzeitig zu bestrahlen. W. Curth-Berlin.

Au sujet de l'action directe ou indirecte des rayons X. Recherches sur les tissus lymphoides en survie (Über die direkte oder indirekte Wirkung der Röntgenstrahlen. Untersuchungen an überlebendem lymphoidem Gewebe), von A. Lacassagne und G. Grigouroff. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 12, S. 862—864.) Das lymphoide Gewebe ist zu Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen besonders geeignet, weil man die Wirkung kennt, die die Röntgenstrahlen in vivo ausüben und weil es durch Zellen von sehr verschiedener Röntgensensibilität zusammengesetzt wird. Von 1—8 Tage alten Kaninchen wurden Stückchen von der Milz, der Thymus, einer Lymphdrüse und dem Knochenmark im hängenden Tropfen nach der Carrelschen Methode überlebend erhalten und von jedem Organ 2 Präparate bestrahlt, während zwei andere als Kontrollen dienten. Es ergab sich folgendes: 1. Thymus: in den bestrahlten Präparaten keine Auswanderung beweglicher Elemente, während sie in den Kontrollen schnell und reichlich auftritt; in ersteren am 2. Tage oder etwas später Auftreten spärlicher Fibroblasten. 2. Milz: in den bestrahlten Präparaten frühzeitiges Auftreten spärlicher beweglicher Elemente, die schnell wieder verschwinden, deutliches Wachstum der Fibroblasten; in den Kontrollen reichliche Emigration bestehen bleibender beweglicher Elemente. 3. Lymphdrüse: in den bestrahlten Präparaten Auswanderung spärlicher beweglicher Elemente, Entwicklung zahlreicher, dicht gedrängter Fibroblasten, in den Kontrollen reichliche Auswanderung beweglicher Elemente. 4. Knochenmark: reichliche Auswanderung beweglicher Elemente in den bestrahlten Präparaten, aber noch viel dichter gedrängt und ausgebreiteter in den Kontrollen. Dieselben Unterschiede zeigten sich bei den betreffenden Organen eines 9 Tage alten Kaninchens im Vergleiche bestrahlter und nicht bestrahlter Gewebskulturen. Teile der genannten Organe von einem 12 Tage alten Kaninchen, das vorher in toto bestrahlt worden war, verhielten sich in der Kultur ganz wie die in vitro bestrahlten. Es ergibt sich also in vivo und in vitro die gleiche Differenz zwischen den lymphoiden Elementen und den Bindegewebszellen. Die Versuche bestätigen die direkte Zellwirkung der Bestrahlungen. E. Levin-Berlin.

Roentgen-Ray Treatment of Lesions of the Lymphoid Tissue (Röntgenstrahlenbehandlung von Erkrankungen des Lymphgewebes), von Wm. A. Evans und T. Leucutia-Detroit-Michigan. (Am. J. of Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 1, S. 54.) Die Röntgenbehandlung wird von den Verff. bei allen entzündlichen Erkrankungen der Lymphknoten durchgeführt, soweit keine chirurgische Behandlung indiziert ist. Bei den akuten und subakuten Entzündungen sind sehr kleine Dosen von 10—15% HED einer hartgefilterten Strahlung anzuwenden, bei chronischer Lymphadenitis, wie bei hypertrophischen Tonsillen, bei denen das Lymphgewebe auffallend widerstandsfähig ist, muß man mit der Dosierung bis auf 70 und 80% HED heraufgehen. Die Dosis bei der Tuberkulose der Lymphknoten soll 40% HED nicht überschreiten, falls es sich nicht um stark hyperplastische Lymphknoten handelt, bei denen 70—90% HED angewendet werden. Die Behandlung der malignen Neubildungen der Lymphknoten wird als ein Sondergebiet nur gestreift, um so ausführlicher das Gebiet der leukämischen und pseudoleukämischen Erkrankungen mit Einschluß der Lymphogranulomatose besprochen. Die Einteilung bei dieser Krankheitsgruppe erfolgt nach histologischen Gesichtspunkten. Zu einer Gruppe gehört das Lymphosarkom, die lymphatische Leukämie, Pseudoleukämie und das Leukosarkom, zu einer zweiten Gruppe werden das Hodgkinsche Sarkom und das Retikulumzellensarkom gerechnet. Das sehr ausgesprochene Überwiegen der Empfindlichkeit der von den Lymphozyten ausgehenden ersten Gruppe gegenüber der Anspruchsfähigkeit der

Digitized by Google

in einer Wucherung der retikulo-endothelialen Zellelemente bestehenden zweiten Gruppe kann unter Umständen zur Differentialdiagnose mit herangezogen werden. Als Behandlungsgrundsatz wird eine generalisierte und möglichst intensive Bestrahlung aufgestellt. Bei dieser Methode kann man beobachten, daß auch solche Lymphhyperplasien sich zurückbilden, die gar nicht direkt bestrahlt worden sind. Im allgemeinen brauchen Lymphozytenneubildungen 60—70%, die von den Retikuloendothelien ausgehenden Neubildungen 90% HED einer Strahlung von 200 kV mit 1,0 mm Cu-Filter (0,13—0,14 AE mittlerer Wellenlänge). Bei vielen interessanten Beobachtungen im einzelnen entsprechen die Resultate im ganzen den auch anderswo gemachten Erfahrungen. Ganz schlecht sind die Ergebnisse bei der akuten Leukämie, auffallend hoch ist die für die Behandlung des Lymphogranuloms geforderte Dosis mit 70—90% HED. Am Schluß werden statistische Angaben über die Resultate bei den verschiedenen Behandlungsmethoden gegeben. Wenn die Bestrahlung nach den großen vorliegenden Statistiken bei Leukämie und Hodgkinscher Krankheit nicht lebensverlängernd wirkt, so hat sie nach den Erfahrungen der Verff. an 16 Fällen diese Wirkung ausgesprochen beim Lymphosarkom, bei dem 2 Fälle über 7 Jahre und einer über 11 Jahre gesund sind. H. Holthusen-Hamburg.

On Some Effects of Primary and Secondary Roentgen-Rays Upon the Skin of the Frog Tadpole (Über einige Wirkungen der primären und sekundären Röntgenstrahlen auf die Haut der Kaulquappe des Frosches), von H. A. Colwell und M. S. Thomson-London. (Am. J. Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 1, S. 1.) Eine Röntgenbestrahlung von Kaulquappen in Süßwasser von 1½ Zoll Höhe mit einer Strahlung von 7 Zoll Funkenstrecke, 2 mA, 6½ Zoll Abstand von der Wasseroberfläche bis zur Antikathode bewirkt anfangs hyperplastische, im weiteren Verlauf degenerative Veränderungen des Epithels mit einer je nach der Bestrahlungsdauer wechselnden Intensität. Bei den proliferativen Prozessen bleibt die Zellteilung häufig aus, so daß es zur Synzytialbildung kommt. Die Degenerationsprozesse, die besonders nach langer Bestrahlung mit den proliferativen Prozessen zugleich auftreten, beginnen am Zellkern und verlaufen in der üblichen Weise. Eine Verminderung der als Filter wirkenden überstehenden Wasserschicht auf ½ Zoll bewirkt eine größere Intensität der Veränderungen, die sich nunmehr auch auf das Korium ausdehnt, in dem Zusammenballungen des Pigmentes der Chromatophoren, sowie Ödembildung und Fragmentation des fibrösen und elastischen Gewebes Platz greift. Weiterhin wurde der Einfluß der von kolloidalen Metallösungen ausgehenden Sekundärstrahlen auf die Froschhaut in der Weise untersucht, daß die Froschlarven in Wasser gebracht wurden, dem kolloidale Metallösungen („Collosols" des Crookesschen Laboratoriums, und zwar Kupfer, Selen, Silber, Gold, Blei, Wismut 1:1000) in Mengen von 1, 5 und 10% zugesetzt waren. Die Bestrahlungszeit betrug 1½ Stunden. Die Kupfer-, Silber- und Goldsole erwiesen sich auch ohne Bestrahlung als toxisch. Die Nachuntersuchungen fanden nach 48 Stunden bis zu 20 Tagen statt. Die hyperplastischen Vorgänge, die schon bei der Bestrahlung von Froschlarven in gewöhnlichem Wasser nach 1½ Stunden Bestrahlung deutlich waren, zeigten sich nach ebenso langer Bestrahlung kolloidalen Silbers in verstärktem Maße. Beim Goldsol traten ähnliche Veränderungen bei schwächerer Konzentration des Sols auf (5%), während beim Kupfer in allen untersuchten Konzentrationen degenerative Prozesse im Vordergrund standen bei spärlichen hypertrophischen Vorgängen. Selen verhielt sich ähnlich; ebenso standen beim Blei und Wismut die degenerativen Wirkungen im Vordergrund. Es wird die Vermutung ausgesprochen, daß die elektiven Wirkungen im Sinne einer Hypertrophie der Epidermis bei Silber und Gold in einer Beziehung zur Wellenlänge ihrer Sekundärstrahlen stehen.

H. Holthusen-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Gestorben: Dr. Henry Koplik in New York, Entdecker der nach ihm benannten initialen Flecke bei Masern. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 25 (Bd. 84) 18. Juni 1927

Aus der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten Dortmund (Leiter: Prof. Fabry)

Weitere Mitteilungen über erosive Blastomykosen

Von

Dr. M. Meckel, Assistentin

Die Versuche, Dermatosen mit Hefen ätiologisch in Zusammenhang zu bringen, sind schon alt. 1873 fand Rivolta als erster in Psoriasiseffloreszenzen Hefezellen. Buschke untersuchte 7 Fälle von seborrhoischem Ekzem und konnte in 5 Fällen Sproßzellen in den Schuppen nachweisen. Marzinowski und Bogrow fanden bei 37 Patienten in Aknepusteln und Komedonen Hefen. Bei diesen Befunden handelte es sich um sekundäre Ansiedlung der Hefen. Die Erkenntnis und genaue Umschreibung der eigentlichen, durch Blastomyzeten verursachten oberflächlichen Hauterkrankungen verdanken wir dem letzten Jahrzehnt. Wegen des großen Umfanges der einschlägigen Literatur wollen wir nur die uns als die wichtigsten erscheinenden Arbeiten, die mit den von uns beobachteten oberflächlichen Blastomykosen in Zusammenhang stehen, kurz anführen.

1914 wiesen Gougerot und Gancéa, Hudelo und Montlaur in Frankreich und Kaufmann-Wolff in Deutschland als erste auf ein wohlumschriebenes, in den Interdigitalfalten lokalisiertes Krankheitsbild hin, als dessen Erreger sie den Soorpilz ansahen. Kurz darauf berichtete Hoffmann über 4 Fälle der gleichen Dermatose. 1917 veröffentlichte Fabry seine ersten Beobachtungen über dieses Krankheitsbild unter dem jetzt allgemein akzeptierten Namen der Erosio interdigitalis blastomycetica und saccharomycetica, denen bald Arbeiten seiner Schüler Berendsen, Stickel, Samson über den gleichen Gegenstand folgten. Bloch, Alexander, Kumer, und in letzter Zeit Keller, Falchi und Besson und Church haben zur genauen Umschreibung des klinischen Bildes und zur weiteren Klärung des bakteriologischen Befundes bei der Erosio beigetragen.

Muys wies als erster auf die Lokalisation der oberflächlichen Blastomykose in der Genital- und Analgegend hin. 1916 haben Hudelo und Montlaur 2 Fälle dieser Art veröffentlicht.

Bruno Bloch berichtete über einen Fall von Zusammentreffen von Diabetes und einer Intertrigo, bei der typische Soorpilze festgestellt wurden. In neuester Zeit haben Kumer, Fabry, Keller und Falchi durch kasuistische Beiträge und zusammenfassende Arbeiten unsere Kenntnisse von diesem Krankheitsbild vervollständigt.

Engmann beobachtete 1922 einen Fall von Soormykose unter der Mamma. Kumer veröffentlichte 4 Fälle der gleichen Art. Derselbe

Digitized by Google

Autor konnte 1925 über Pilzbefunde bei einem Ekzem in der Achselhöhle berichten.

In Anbetracht des für die Hefenerkrankungen vorhandenen Interesses und der nicht von der Hand zu weisenden praktischen Wichtigkeit der in Frage stehenden Affektionen ist es wohl angebracht, über weitere Erfahrungen, die in dieser Hinsicht an der städtischen Hautklinik zu Dortmund gemacht sind, zu berichten. Seit 1924 haben wir weitere 40 Fälle von Erosio interdigitalis beobachtet, und zwar findet sich die Dermatose vorwiegend bei Frauen der arbeitenden Stände, wie Küchenmädchen, Wäscherinnen usw., seltener bei Männern. Allgemeinerkrankungen bestehen im allgemeinen nicht, doch konnten wir zweimal einen Diabetes feststellen. Die Erosio interdigitalis ergreift am häufigsten den III. Interdigitalraum einer oder beider Hände, tritt jedoch auch an allen übrigen mit Ausnahme vom I. auf. An den Füßen (15 Fälle) fehlt die Bevorzugung eines Interdigitalraumes. Zweimal konnten wir eine andere Lokalisation der Blastomycosis superficialis erosiva an den Händen feststellen, eine Tatsache, die deshalb bemerkenswert war, weil auch diese die Vorliebe der Hefen für auf- oder aneinanderliegende, also wenig von der Luft berührte Hautflächen zeigt. Wir lassen daher die Krankengeschichten folgen.

1. 35jähr. Frau, kommt wegen Kopfekzems in die Ambulanz. Vor drei Jahren Fixation des linken Daumens in Oppositionsstellung infolge Unglücksfalles. In der dadurch zwischen Daumenballen und Daumen entstandenen Falte seit zwei Jahren Rötung und heftiger Juckreiz.

Befund: Leichte Hyperhidrosis der Hände. Linker Daumen in Oppositionsstellung fixiert. In der zwischen Daumenballen und Mittelglied bestehenden Hautfalte eine etwa zehnpfennigstückgroße Erosion, die einen weichlichen, unterminierten Saum zeigt. Hefen +.

2. Der andere Fall betrifft einen 54jähr. Bergmann, der seit mehreren Jahren an Dupuytrenscher Kontraktur mehrerer Fingersehnen an beiden Händen leidet. Bei ihm findet sich das typische klinische Bild der Erosio blastomycetica mit positivem Hefebefund, nicht nur zwischen den von der Kontraktur betroffenen Fingern, sondern ebenfalls auch an der Innenfläche der in Beugestellung fixierten Fingergelenke.

Das klinische Bild der Erosio ist von Kaufmann-Wolff und Fabry bereits in den ersten Veröffentlichungen genau umschrieben worden. Die Affektion beschränkt sich auf die interdigitalen Falten und einen Teil der Nachbarphalangen und lokalisiert sich so, daß die Interdigitalfalte das Zentrum des Krankheitsherdes bildet, der sich von dort aus auf den angrenzenden Phalangen verbreitet. Der Prozeß macht meistens im unteren Drittel der Grundphalanx halt. Einige Fälle haben wir gesehen, wo die Affektion bis zur Mitte der zweiten Phalanx reicht. Im Zentrum ist die Erosio interdigitalis lebhaft gerötet, leicht nässend und scharf umgrenzt von einem weißen, gequollenen Epithelsaum, der sich mit der Pinzette leicht abheben läßt; typische Bläschen in der Nachbarschaft der Affektionen haben wir niemals gefunden. In einigen Fällen, die erst relativ kurze Zeit bestanden, haben wir nur eine Quellung und eine weißliche Verfärbung der Epidermis der Interdigitalfalten und der nächsten Umgebung gesehen. Subjektiv ist die Erkrankung für den Patienten sehr unangenehm durch den heftigen Juckreiz. Schwerwiegender noch ist die außergewöhnliche Hartnäckigkeit. Wir haben Patienten gehabt, bei denen das Leiden 6 Jahre und länger bestand; manchmal ver-

Digitized by Google

schwindet die Erosio interdigitalis für kurze Zeit, rezidiviert aber bald nach anscheinender Heilung. Als beste Therapie erwies sich uns verdünnte Jodtinktur und 5%iger Argent.-nitricum-Spiritus. Die Diagnose der klassischen Erosio interdigitalis blastomycetica ergibt sich schon aus dem typischen klinischen Bild. Differentialdiagnostisch sind Trichophytie und das dyshidrotische Ekzem auszuschließen. Bei der ersteren bleibt der Prozeß nicht auf den Interdigitalraum beschränkt. Es bestehen fast immer mehrere Herde. Beim dyshidrotischen Ekzem kommt es zu stärkeren Reizerscheinungen, wie Nässen, Bläschen- und Krustenbildung.

Das wichtigste diagnostische Hilfsmittel ist der Nachweis der Hefen in den Epidermisfetzen des Randes. Das ist uns in 90% der Fälle, die das oben geschilderte Aussehen aufwiesen, gelungen.

Die Untersuchung auf Hefen haben wir nicht auf interdigitale Dermatosen beschränkt, sondern auch auf intertriginöse Erkrankungen ausgedehnt, da die in den Falten, wo sich intertriginöse Ekzeme zu lokalisieren pflegen, herrschenden Luftverhältnisse die Ansiedlung von Hefen zu begünstigen scheinen. Bei einer ganzen Anzahl von Fällen haben wir Hefen in den Schuppen der in Frage kommenden Hautaffektionen nachweisen können. Es ergaben sich ganz typische klinische Bilder, die den von Kumer geschilderten sehr nahe kommen.

Die Diagnose Intertrigo erosiva blastomycetica sub mammis haben wir 8mal stellen können. Es handelte sich um Patientinnen mit starken, hängenden Brüsten in mittlerem Lebensalter. 2mal bestand Zuckerausscheidung im Harn. Die Affektion war unter einer (2 Fälle) oder unter beiden Brüsten (6 Fälle) lokalisiert. Sie bestand im längsten Fall 2 Jahre. Bei einer Patientin gelang es uns, das Anfangsstadium zu beobachten.

38jähr. Frau. Seit 5 Tagen starker Juckreiz unter der linken Mamma. Befund: Gut ausgebildete, hängende Mammae; unter der linken Brust in der von Brustwand und Mamma begrenzten Furche und ihrer nächsten Nachbarschaft sowohl auf der Haut der Mamma wie auch der Brust einzelne, etwa einpfennigstückgroße, scharf begrenzte, rote Herde, die zentral leicht schuppen, einzeln und gruppiert stehende oberflächliche, grauweiße Bläschen ohne Inhalt (Hefen + in Blasendecken und Schuppen).

3 Tage später: Die Dermatose hat auf der Brustwand wie auf der Mamma in gleichem Maße um sich gegriffen. Die roten Herde sind zahlreicher geworden, zum Teil konfluiert. Auftreten neuer Bläschen, die jetzt zum Teil eitrigen Inhalt zeigen, und Erosionen mit unterminierten, grauweißen Rändern, die durch Platzen der primären Bläschen entstanden sind. Auf antiparasitäre Therapie schneller Rückgang der Erscheinungen.

Aus dem oben beschriebenen Fall geht hervor (wir haben das auch bei allen übrigen Fällen beobachten können), daß das Zentrum der Dermatose in der von Mamma und Brustwand begrenzten Furche gelegen ist. Von hier aus dehnt sich die Erkrankung gleichmäßig auf einen Teil oder die gesamten Berührungsflächen aus. Der Krankheitsherd ist hochrot, zeigt scharfen Übergang vom Kranken zum Gesunden. Während im Zentrum leicht nässende figurierte Erosionen überwiegen, werden die Randpartien durch zahlreiche, grauweiße, trockne oder etwas eitrige Bläschen charakterisiert, die ganz oberflächlich gelegen sind und schnell zur Schuppung neigen (sog. Bläschen ohne Inhalt). Neben diesen finden sich aber auch größere Erosionen mit kragenförmigem Rand. In 2 Fällen konnten wir stärkeres Nässen und Krustenbildung feststellen, was wohl

Digitized by Google

auf sekundäre Ekzematisierung zurückzuführen ist. Differentialdiagnostisch sind das intertriginöse Ekzem und das Eczema marginatum in Betracht zu ziehen. Das erstere trägt nicht den oberflächlichen Charakter der Blastomycosis superficialis erosiva bzw. Intertrigo erosiva blastomycetica. Die Begrenzung ist unscharf. Letzteres zeigt zentrale Abheilung und auf dem scharf begrenzten, leicht erhabenen Rand feinste Bläschenbildung.

Inguinale und anale Hefenerkrankungen der Haut haben wir 26mal beobachtet. Der Prozeß lokalisiert sich in den Genitokruralfalten und auf den angrenzenden Oberschenkelpartien, in der Vulva und zirkumanal. Auch haben wir die Dermatose einigemal in der Bauchfalte oberhalb des Mons veneris gefunden. Sie befällt ebenso wie die vorher geschilderte Dermatose mit Vorliebe wohlgenährte Frauen in mittlerem Lebensalter und zeichnet sich durch große Hartnäckigkeit und subjektiv durch unerträgliches Jucken aus. Bei 30% (9mal) dieser Patientinnen wurde ein Diabetes festgestellt. Die von Fabry in der Derm. W., 1925, beschriebene Form der Blastomycosis superficialis bzw. Intertrigo erosiva blastomycetica bei einer Diabetikerin, nämlich „Erosion in netzförmiger Anordnung, die dadurch zustande kommt, daß Erodierung und Ansatz zur Epithelisierung miteinander abwechseln", haben wir typisch nur bei Erkrankungen gesehen, die sich auf die Vulva beschränkten (mit Ausnahme des von Fabry beschriebenen Falles). In den übrigen Fällen haben wir ebenso wie Kumer eine Kombination des eben geschilderten erosiven Typs mit erythematösen, vesikulösen und pustulösen Erscheinungen gesehen, und zwar in der Weise, daß die der Intertrigofurche benachbarten Partien Erosionen mit glasigen, unterminierten Epithelrändern und eventuell auch starke Mazerationserscheinungen aufweisen, während die Randpartien auf scharf begrenztem Erythem oberflächliche Bläschen und Pusteleiterung zeigten. Häufig sind sekundäre Infektionen, die das Bild ein wenig verwischen. Die differentialdiagnostischen Erwägungen sind die gleichen wie bei der vorher geschilderten Dermatose. Auffallend ist der hohe Prozentsatz von Diabetes bei dieser Affektion. Wir haben systematisch alle Patienten mit oberflächlichen Blastomykosen auf Zuckerausscheidung im Harn untersucht und bei 30% der Patienten mit Blastomycosis superficialis erosiva (Intertrigo erosiva blastomycetica) ad genitale, bei 25% mit Blastomycosis superficialis erosiva (Intertrigo erosiva blastomycetica) sub mammis und bei 5% mit Erosio interdigitalis blastomycetica Saccharum gefunden, im Gegensatz zu Kumer, der bei Diabetikern niemals Soormykosen feststellen konnte. Wir sind der gleichen Ansicht wie Bettmann, Bloch und Keller, daß der Diabetes ein die Hefenansiedlung durchaus begünstigendes Moment darstellt, so daß bei jeder oberflächlichen Blastomykose zugleich der Verdacht auf Zuckerausscheidung besteht. Da wir dem Zusammentreffen einige Wichtigkeit beimessen, sollen 2 Fälle kurz beschrieben werden.

1. 41jähr. Frau, 9 gesunde Kinder. Seit 2 Monaten vermehrtes Durstgefühl und Wasserlassen, seit 6 Wochen heftiger Juckreiz in der Genitalgegend und Auftreten eines Hautausschlags daselbst. Befund: In der Genitokruralfurche beiderseits, auf den angrenzenden Oberschenkelpartien und in der Vulva ein hochroter Krankheitsherd, der in der Vulva und in der Genitokruralfurche Erosionen in netzförmiger Anordnung aufweist, während nach den Rändern zu auf geröteter Basis Bläschen und Pustelchen, die leichte Abschilferung zeigen, bestehen. In der Umgebung des Hauptherdes einzelne scharf

Digitized by Google

begrenzte hochrote Herde, die im Zentrum entweder oberflächliche Bläschen oder leichte Schuppung zeigen. Saccharum +, Hefen +.

2. 50jähr. Frau, vor 3 Jahren wurde ein Diabetes festgestellt. Seit 2 Jahren Ausschlag unter beiden Brüsten und in der Genitalgegend. Befund: Unter den hängenden Brüsten je ein etwa handtellergroßer, scharf begrenzter, hochroter Herd, der im Zentrum starkes Nässen und Krustenbildung zeigt, während die Randpartien die typischen kleinen Erosionen mit kragenförmigem Rand und die oberflächlich abschilfernden Bläschen auf geröteter Basis aufweisen. Genitalbefund ähnlich wie oben. Saccharum +, Hefen +.

Auch an der Axilla haben wir den Nachweis von Hefen zu führen versucht, jedoch ohne Erfolg. Kumer beschreibt eine Axilladermatose mit positivem Befund. Einen Fall einer oberflächlichen Hefenerkrankung der Haut haben wir beobachtet, bei dem der für die Entwicklung der Hefen günstige Luftabschluß fehlte. Er ist von Fabry bereits 1925 veröffentlicht worden. Es handelt sich um einen ovalen, im Zentrum erosiven, in der Peripherie schuppenden Krankheitsherd an der Beugeseite des linken Handgelenkes und Kleinfingerballens, der seit 5 Jahren bestand. Dieser Fall erinnert sehr an eine von Falchi im vorigen Jahr mitgeteilte Beobachtung, die ein ähnliches Aussehen aufwies und an der Innenseite des rechten Handgelenkes und auf dem unteren Drittel des rechten Unterarmes gelegen war.

Bei den eben beschriebenen Krankheitsbildern haben wir in 60% der Fälle Hefen im Ausstrichpräparat und in 80% in der Kultur nachweisen können. Wir sind bei der Untersuchung in der Weise vorgegangen, daß die kragenförmigen Ränder der Erosionen bzw. die Blasendecken abgetragen und mit 40%iger Kalilauge aufgehellt wurden. Es erscheinen die Hefen bei abgeblendetem Licht als rundliche oder elliptische, stark lichtbrechende Körperchen und je nach dem Alter mit einer einfachen oder doppelten Membran umgeben. Die Größe ist verschieden. Gelegentlich sind Aussprossungen in der Nähe des Pols vorhanden. Die Zellen liegen allein, zu zweien oder in Häufchen zusammen. Lange, dünne Myzelfäden, die Kaufmann-Wolff, Schramek, Graffenried, Berendsen in einem Falle, Kumer, Falchi u. a. außer den Sproßzellen sahen, haben wir nie gefunden. Die Züchtung erfolgte durch Verimpfung der Epitheldecken auf feste und flüssige Nährböden: Agar, Traubenzuckeragar, Würzegelatine, flüssige Bierwürze und Bouillon. Bestes Wachstum ergab sich auf Würzegelatine und schwachsaurem Traubenzuckeragar bei etwa 25°. Die Kolonien entwickelten sich gewöhnlich in 5—8 Tagen. In seltenen Fällen trat ein Wachstum noch nach 8 Tagen ein. Auf Traubenzuckeragar wuchsen die Pilze als scharf begrenzte, knopfartige, konzentrische Kolonien von grauweißem Aussehen. Zerfließliche bis dickrahmige Konsistenz, Bierwürzegelatine wurde meistens verflüssigt. Bei mikroskopischer Betrachtung setzen sich jüngere Kolonien nur aus Sproßzellen zusammen. Sie liegen zu zweien oder in Häufchen beieinander. Bei älteren Kolonien haben wir an den Randpartien Keulen- und kurze Schlauchformen gefunden. Myzelien haben wir nur gesehen, wenn die Nährböden bereits alt und verbraucht waren. Das Vorwiegen von runden Sproßzellen, das Buschke als charakteristisch für pathogene Hefen bezeichnet, haben wir nicht beobachten können. Stickel hat unsere Erfahrungen in dieser Hinsicht in einer größeren Arbeit niedergelegt. Samson versuchte Unterschiede zwischen Soor, Erosiostämmen und Brauereihefe festzustellen, kommt jedoch durch Kultur und Gärungsversuche am Schluß seiner Ausführungen zu dem Resultat, daß „die in der Bakteriologie gebräuchlichen Untersuchungsmethoden nicht in der Lage sind, uns konstante, charakteristische Unterscheidungsmerkmale zwischen Brauereihefe, Erosio-

Digitized by Google

stämmen und dem Soorpilz an die Hand zu geben". Ota hat in neuester Zeit zwei von unseren Erosiostämmen, die in die Sammlung Buschkes übergegangen sind, untersucht. Er unterscheidet vier Stämme, denen pathogene Hefen angehören: Endomyzes, Saccharomyzes, Willia, Debaryomyzes. Nach seiner Ansicht sind die beiden Stämme als echte Hefen zu bezeichnen und gehören der Gattung der Debaryomyzes an. Auch Greenbaum und Klauder, Burnier und Langeron haben nur Sproßzellen bei interdigitalen Erosionen gefunden. Sabouraud neigt heute zu der Ansicht, daß die Hefen die Urheber der oberflächlichen Blastomykose sind. Dagegen hat eine weit größere Anzahl von Autoren außer Sproßzellen Myzelien bei den oben geschilderten Dermatosen gefunden. Durch den Vergleich unserer Befunde mit den Ergebnissen anderer Autoren sind wir zu dem Schluß gekommen, daß die gleichen Krankheitsbilder nicht nur durch Hefen, sondern auch durch Soor- und dem Soor nahestehende Pilze hervorgerufen werden können.

Aus dem Nachweis der Hefen in den Schuppen und Blasendecken der Krankheitsherde ist mit ziemlicher Sicherheit anzunehmen, daß sie die Ursache der geschilderten Dermatosen sind. Immerhin bleibt die Möglichkeit der sekundären Ansiedlung, die z. B. Grund und Alexander annahmen, während der eigentliche Erreger noch nicht gefunden sei. Wenn die Hefen tatsächlich die Urheber sind, so müßte es gelingen, durch Inokulation derselben an den typischen Lokalisationsstellen die gleichen Hauterscheinungen hervorzurufen. Kaufmann-Wolff, Fabry und Kumer gelang es, experimentell eine Erosio interdigitalis zu erzeugen, Graffenried konnte durch Inokulation von Soorpilzen nach vorheriger Mazeration eine fortschreitende, pustulöse Dermatitis erzeugen. Die ersten Versuche in dieser Hinsicht sind in unserer Klinik 1919 von Fabry und Berendsen gemacht worden, welchen es gelang, auf der skarifizierten Haut der Interdigitalräume durch Einreiben einer hefenreinen Kultur ein der Erosio in den subjektiven und objektiven Symptomen völlig analoges Krankheitsbild hervorzurufen, aus dem sich im Ausstrichpräparat wie in der Kultur die gleichen Hefen nachweisen ließen. Um die Ansiedlungsbedingungen der Hefen auf der Haut einer genaueren Prüfung zu unterwerfen, haben wir eine Reihe neuer Inokulationsversuche gemacht.

Wir haben bei einer gesunden, kräftigen Frau, die an leichter Hyperhidrosis der Hände litt, den III. Interdigitalraum skarifiziert, eine Hefenreinkultur hier verrieben und 2 Tage unter luftdichtem Verband gehalten. Wegen des notwendigen Vergleiches mit den folgenden Versuchen möchten wir die beobachteten Veränderungen genau schildern.

2. Tag (post inoculat.) Rötung, Spannung im Interdigitalraum, subjektiv heftiger Juckreiz (erythematöses Stadium).

3. Tag (post inoculat.) Entsprechend den Skarifikationslinien Auftreten kleiner, oberflächlicher Bläschen mit leicht getrübtem Inhalt (vesikulöses Stadium).

5. Tag Kleine Erosionen mit fetzigem Epithelsaum, die den geplatzten Bläschen entsprechen, zahlreiche neue Bläschen. (In Blasendecken und in den Epithelrändern Hefen kulturell und im Ausstrichpräparat positiv.)

6. Tag Größere figurierte Erosionen durch Konfluieren der kleinen Erosionen (Erosives Stadium).

8. Tag Der ganze Interdigitalraum eine einzige Erosion, die von einem grauweißen unterminierten Epithelsaum eingerahmt ist. Hefen +.

14. Tag Rötung und Schuppung des Interdigitalraumes.

Digitized by Google

21. Tag Die Erscheinungen sind gänzlich zurückgegangen. Bei Mazeration des Interdigitalraumes und nachfolgender Hefeninokulation bei derselben Patientin erfolgte die Entwicklung der Erosio in denselben Zeiträumen.

Auf unverletztem Interdigitalraum konnte eine Ansiedlung der Hefen bei der Patientin nicht erreicht werden. Das gleiche Experiment haben wir bei einer größeren Anzahl von gesunden Frauen, auch solchen, die an einer Intertrigo blastomycetica litten, wiederholt und sind stets zu den gleichen Ergebnissen gekommen. Eine Beschleunigung der Entwicklung der Erosio trat bei Patientinnen mit einer Intertrigo blastomycetica nicht ein.

Weiterhin haben wir versucht, bei gesunden Patientinnen Hefen unter den Brüsten und in den Genitokruralfalten anzusiedeln. Das ist uns in weitestem Maße gelungen. Wir haben ebenso wie in den Interdigitalräumen die Hefen auf der mazerierten, der skarifizierten und der unverletzten Haut dieser Falten eingerieben. Wir haben ein erythematöses, ein vesikulöses und ein erosives Stadium beobachten können. Ein Umsichgreifen des Prozesses über die Inokulationsfalte hinaus konnten wir nicht erzielen. Auf unverletzter Haut erfolgte keine Ansiedlung der Hefen.

Um den Einfluß von Allgemeinerkrankungen auf die Ansiedlung von Hefen zu prüfen, haben wir die gleiche Versuchsweise bei Diabetes-Patientinnen durchgeführt. Es ergab sich eine auffallende Beschleunigung des ganzen Versuchsablaufes bis zum völlig ausgebildeten Krankheitsbild, während dann eine Verlangsamung in der Rückbildung der Erscheinungen einsetzte. Wir haben auch hier den Versuch gemacht, Hefekulturen auf der unverletzten Haut in den Interdigitalräumen, submammär und ad genitale zu inokulieren. Es ist uns gelungen, auch unter den erschwerten Ansiedlungsbedingungen Krankheitsbilder zu erzeugen, die der Erosio interdigitalis bzw. der Intertrigo erosiva blastomycetica völlig ähnlich sahen.

Tierversuche haben wir in neuester Zeit mit unseren Hefestämmen nicht mehr angestellt. Wir verweisen auf die Untersuchungen von Berendsen, die 0,5 ccm einer Lösung von Hefenreinkultur in Bouillon weißen Mäusen subkutan unter die Schwanzwurzel injizierte. Nach 5 Tagen Haarausfall und Abszeßbildung an der Injektionsstelle. Nach 3 Wochen Rückgang aller Erscheinungen. Bei Rückimpfung wurden in dem Abszeß Hefen nachgewiesen, während Kulturen aus der Milz ein negatives Ergebnis hatten. Aus diesen Versuchen geht die geringe Pathogenität der Hefen für weiße Mäuse mit Sicherheit hervor.

Zusammenfassung

1. Die oberflächlichen Blastomykosen sind Hauterkrankungen, die sich mit Vorliebe an wenig gelüfteten Hautstellen finden, wie Interdigitalfalten der Hände und Füße, Genital- und Analgegend. Äußerst selten sind andere Lokalisationsstellen.

2. Charakteristisch für sämtliche Affektionen ist die Erosion mit dem kragenförmigen Rand, zu der bei den intertriginösen Erkrankungen noch Erytheme, oberflächlich gelegene, leicht abschilfernde, etwa stecknadelkopfgroße Bläschen- und Pustelbildungen hinzukommen.

Digitized by Google

3. Der Krankheitsprozeß beschränkt sich nur auf die Epidermis, geht nie auf die Kutis über, führt nie zu Lymphangitis und Allgemeininfektion.

4. Die Erreger der Krankheitsbilder sind nach unseren Untersuchungen die Hefen. Es besteht die Möglichkeit, daß die gleichen klinischen Erscheinungen durch Soor- oder soorähnliche Hefepilze hervorgerufen werden können.

5. Ein weiteres Charakteristikum ist der chronische Verlauf und der heftige Juckreiz.

6. Die Ansiedlung der Hefen auf der Haut wird lokal durch leichte Feuchtigkeit und Wärme begünstigt. Diabetiker sind besonders für Hefenerkrankungen disponiert.

7. Es ist uns experimentell gelungen, der Erosio interdigitalis blastomycetica und der Intertrigo erosiva blastomycetica analoge Krankheitsbilder hervorzurufen. Es gelang, bei Diabetikern die Hefen auf unverletzter Haut anzusiedeln. Durch diese Versuche wird die Pathogenität der Hefen für den Menschen bewiesen.

8. Die Pathogenität der Hefen für die Tiere ist äußerst gering.

Literatur

1. Alexander, M. Kl., 1922. — 2. Alexander, Arch. f. Derm., 1922. — 3. Besson und Church, Arch. f. Derm., 1926. — 4. Buschke, Samml. klin. Vortr., 1897—1900. — 5. Buschke und Rosenbaum, Zbl., Bd. 13. — 6. Berendsen, Arch. f. Derm., 1919. — 7. Bloch, Korr.-Bl. Schweiz., 1916. — 8. Cornblut, Am. Arch. f. Derm., 1923. — 9. Engman, Arch. f. Derm., 1920. — 10. Fabry, M. m. W., 1917. — 11. Fabry, Derm. W., 1918. — 12. Fabry, Derm. W., 1927. — 13. Falchi, Arch. f. Derm., 1926. — 14. Frei, Arch. f. Derm., 1921. — 15. Favre, Fr. 1. congrès de derm. et syph. de langue française, Paris 1922. — 16. Gougerot und Gancéa, Bull. soc. franç. de derm., 1914. — 17. v. Graffenried, Derm. W., 1918. — 18. Grund, Derm. W., 1925. — 19. E. Hoffmann, D. m. W., 1916. — 20. Hudelo, Sartori und Montbaur, Bull. de l'Acad. le mid., Paris 1918. — 21. Kaufmann-Wolff, Derm. Zschr., 1914. — 22. Kaufmann-Wolff, Derm. Zschr., 1915. — 23. Kolle-Wassermann, Handb. f. pathog. Mikro. — 24. Vetter, Derm. Zschr., 1926. — 25. Kumer, Arch. f. Derm., 1921. — 26. Kumer, Arch. f. Derm., 1922. — 27. Kumer, Arch. f. Derm., 1925. — 28. Miescher, Zbl. (Ref.), 1921. — 29. Muyis, Derm. W., 1918. — 30. Ota, Derm. W., 1924. — 31. Petges, Bull. soc. franç. de derm., 1921. — 32. Petges, Fr. 1. congrès de derm. et syph., Paris 1922. — 33. Samson, Derm. W., 1923. — 34. Stückel, Derm. W., 1921. — 35. Wirtz, Derm. W., 1923. — 36. Schramek.

Aus der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten zu Dortmund
(Leiter: Prof. Dr. J. Fabry)

Über akneförmige Blastomycosis cutis

Nachtrag zu der Arbeit von Dr. Meckel

Von

J. Fabry

Mit 1 farbigen und 2 schwarzen Abbildungen im Text

In der Meckelschen Arbeit und auch an anderer Stelle habe ich meine Stellung dahin präzisiert, daß ich neben den oberflächlichen blastomykotischen Erosionen akneförmige und sykosisförmige tiefere Infiltrate zu unterscheiden geneigt bin. Bereits im Jahre 1905 (Arch. f.

Digitized by Google

Derm., Bd. 77, H. 3) habe ich gemeinsam mit meinem damaligen Assistenten KIRSCH einen klinisch der Acne conglobata und aggregata nahestehenden Fall veröffentlicht, bei welchem es mir gelang, in Detritusmassen und auch in Serienschnitten in der Epidermis und Kutis Hefen nachzuweisen, und zwar teilweise freiliegend im Gewebe, meist aber in Riesenzellen. Akneförmige Fälle mit positivem Hefebefund sind ferner bekanntlich aus den Wiener Kliniken (FINGER, OPPENHEIM, LÖWENBACH, BRANDWEINER) publiziert.

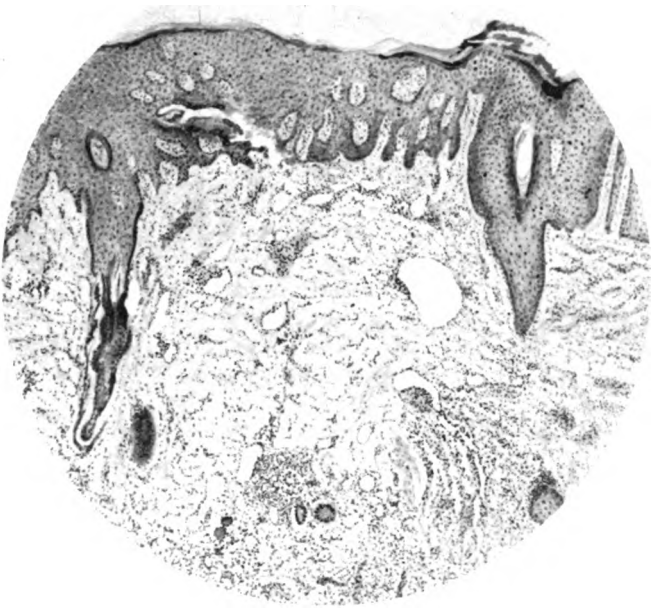


Abb. 1. Blastomycosis cutis (akneförmig). Schwache Vergrößerung. Übersichtsbild

Es sind zwei Gründe, die mich veranlassen, auf meinen Fall zurückzukommen, einmal, weil es mir möglich ist, aus einem späteren Stadium eine naturgetreue Abbildung zu bringen, welche die klinischen Symptome besser wiedergibt, dann aber haben mich die Abbildungen bei KYRLE (Histologie der menschlichen Haut, 1925, S. 328) veranlaßt, meine eigenen Präparate nochmals zu durchmustern. Ich finde, daß sie vollständig übereinstimmen, und gebe

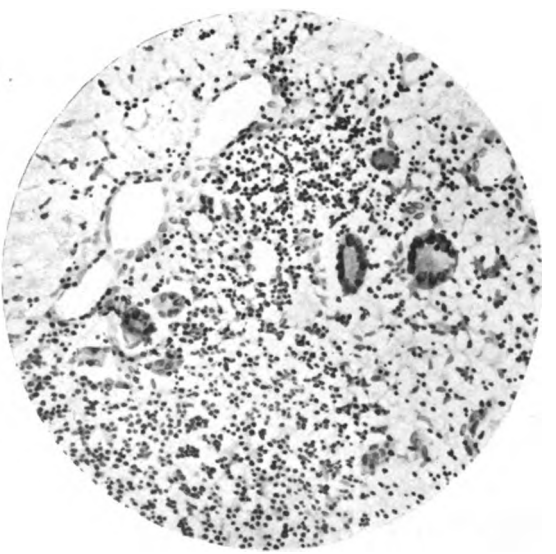


Abb. 2. Akneförmige Blastomykose der Haut. Starke Vergrößerung. Riesenzellen mit Hefen

Digitized by Google

Abb. 3. Akneförmige Blastomykose der Haut (Fall Hammacher). Zum größten Teil abgeheilte Stellen neben frischen Eruptionen

deshalb hier eine charakteristische Stelle bei schwacher und starker Vergrößerung wieder.

a) Das klinische Bild zeigt zahlreiche Narben von abgeheilten Stellen. Die Farbe der noch vorhandenen Tumoren ist braun, und dazu stehen

Digitized by Google

im grellen Kontrast die tiefroten Fisteln spontaner Durchbrüche. Am schönsten zeigt das der größere Herd, angedeutet auch mehrere kleinere Herde in der Umgebung. Die Konsistenz ist weichgummös, pseudofluktuierend. Das gesamte Bild steht der Acne aggregata oder conglobata nahe, deckt sich aber nicht vollkommen mit derselben, vor allem ist die Erweichung eine unvollkommenere und langsamere. Die Erkrankung bis zum höchsten Grade der Entwicklung dauert jahrelang. Leider wurde der Patient, nachdem er mehrere Jahre in der Klinik war, auf seinen Wunsch in ein Krankenhaus seiner Heimat verlegt, und es ist mir trotz mehrfacher Bemühungen nicht gelungen, etwas über den weiteren Verlauf zu erfahren. Das von mir Beobachtete findet sich in der oben zitierten Arbeit.

b) Mikroskopische Beschreibung: Abszeßherd bei schwacher Vergrößerung, Lymphozyten und Leukozyten in der Kutis, Riesenzellen mit randständigen Kernen. Sekundäre Wucherung der Epidermis. Auch die Epidermis ist von Lymphozyten und Leukozyten durchsetzt, links im Schnitt ein Haar, rechts ein Talgdrüsenausführungsgang. Die Stelle, wo die Riesenzellen liegen, ist auch bei starker Vergrößerung reproduziert, in den runden Riesenzellen liegen rechts neben den randständigen Kernen vereinzelt Hefen. Leider habe ich keine Schnitte mehr gefunden, bei denen sich die Hefen zahlreicher fanden.

Ich habe geglaubt, auf den charakteristischen Befund nochmals zurückkommen zu müssen, um weitere Untersuchungen anzuregen zur Prüfung, ob in der Tat ein von der gewöhnlichen Acne aggregata zu trennendes und zu den Blastomykosen zu rechnendes Krankheitsbild vorliegt. Von neueren Arbeiten, die sich mit denselben oder verwandten Krankheitsbildern befassen, erwähne ich nur kurz: Ruete-Marburg, Derm. Zschr., Bd. 20, S. 901ff.; H. Hoffmann, Arch. f. Derm., Bd. 150, S. 154 und E. Hofmann mit einer Arbeit über Blastomykosis aus der Herxheimerschen Klinik.

Aus der Universitäts-Hautklinik Kopenhagen (Direktor: Prof. C. Rasch)

Ein Fall von Hydroa aestivale ähnelndem Lichtausschlag bei einem Patienten mit Hämatoporphyrinurie, hervorgerufen durch Luminal

Von

Priv.-Doz. Dr. H. Haxthausen

Mit 1 Abbildung im Text

Das Symptom Hämatoporphyrinurie hat bekanntlich besonderes Interesse durch die Häufigkeit gewonnen, mit der es bei einer bestimmten, durch Licht hervorgerufenen Hautaffektion, dem Hydroa aestivale, auftritt. Der Umstand, daß Hämatoporphyrin zu den sogenannten lichtsensibilisierenden Stoffen gehört, hat ganz naturgemäß zu der Annahme geführt, daß dieser Stoff selbst — oder nahestehende Verbindungen — die Ursache zur Überempfindlichkeit der Hydroapatienten gegen Licht sind.

Digitized by Google

Diese Annahme, die besonders durch HAUSMANNS Untersuchungen in vielen Punkten gestützt worden ist, scheint in einigen Fällen jedoch weniger gut mit den klinischen Beobachtungen zu harmonieren. So ist es bisher nur in einem Teil der Fälle von Hydroa aestivale gelungen, eine abnorm starke Bildung von Hämatoporphyrin oder anderen Porphyrinen nachzuweisen, und umgekehrt gibt es verschiedentliche Fälle von Hämatoporphyrinurie, wo die Überempfindlichkeit gegen Licht zu fehlen scheint. Unter diesen letzteren Fällen muß besonders die Gruppe hervorgehoben werden, die die nicht seltenen Hämatoporphyrinurien medikamentösen Ursprungs umfaßt — in der Regel von Sulfonal, Veronal oder anderen Schlafmitteln hervorgerufen. Bei dieser Form, die von GÜNTHER die toxische Hämatoporphyrinurie genannt wird, ist bisher noch kein Fall mit typischer Überempfindlichkeit gegen Licht mitgeteilt worden.

Abb. 1

Folgende Krankengeschichte, wo gleichzeitig mit einer toxischen Hämatoporphyrinurie ein Lichtausschlag auftrat, der große Ähnlichkeit mit dem spontan auftretenden Hydroa aestivale darbot, hat daher vermutlich Anspruch auf Interesse.

Es handelt sich um einen 20jähr. Studenten, der wegen leichterer epileptischer Anfälle längere Zeit mit Luminal in Dosen von 15 cg täglich behandelt worden war. Ende Februar bekam Patient, der ambulant behandelt wurde und der gerade an den vorhergehenden Tagen besonders viel in frischer Luft bei klarem Sonnenschein gewesen war, juckende und brennende Empfindungen an den entblößten Hautpartien und im Anschluß daran einen bullösen Ausschlag an den gleichen Stellen.

Patient stellt sich erst nach einigen Tagen vor, und der Ausschlag präsentierte sich da in Form wohlabgegrenzter, miliarer bis linsengroßer, bluttingierter, recht massiver Schorfe, die ausschließlich am Gesicht und Dorsalseite der Hände lokalisiert waren. Die genauere Lokalisation entsprach exakt einem von Licht hervorgerufenen Ausschlag, indem Wangen und Nase am stärksten befallen waren, ebenso wie die Radialseite der Hände, die ja hier die exponierteste Partie ist, stärker als die Ulnarseite ergriffen war. Die im Schatten liegende Partie unter dem Kinn war vollständig frei. Eine Einziehung des zentralen Teiles der Schorfe konnte nicht nachgewiesen werden. Die Haut in der Umgebung dieser Effloreszenzen war deutlich hyperpigmentiert, so daß Patient, der

Digitized by Google

mittelblonden Typs war, auf den ersten Augenblick einen eigentümlich „sommersonnegebräunten“ Eindruck machte. Ein drittes eigentümliches Symptom war ein recht ausgesprochenes, verstärktes Wachstum der Lanugohaare an den entblößten Hautpartieen.

Der Urin war bei der Untersuchung dunkel, portweinfarben, und ergab bei näherer Analyse einen sehr deutlichen Gehalt an Hämatoporphyrin. Der Urin soll früher nicht dunkel gewesen sein.

Nach Aussetzen des Luminals und möglichst ausgedehntem Schutz gegen Licht schwand der Ausschlag sehr schnell unter Hinterlassung oberflächlicher, deutlich abgegrenzter Narben.

Es kann in diesem Falle kaum ein Zweifel an dem Charakter einer akuten Lichtdermatose bei dem Ausschlag bestehen. Da der Patient früher gegen Licht nicht überempfindlich war, deutet ferner alles darauf hin, daß der betreffende Ausschlag mit der Luminaleinnahme in Verbindung steht, und es ist das weitaus Wahrscheinlichste, daß das Hämatoporphyrin hier die eigentliche Ursache ist.

Das Auftreten des Ausschlags mit kleinen begrenzten Elementen, die Hyperpigmentierung der zwischenliegenden Haut und die Hypertrichose zeigen eine beträchliche Ähnlichkeit mit gewissen Formen von Hydroa aestivale. In Wirklichkeit fehlt an dem ganz typischen Bild nur die zentrale Einziehung der Effloreszenzen, ein Symptom, das jedoch auch in vielen spontan entstandenen Fällen fehlt.

Das beschriebene Krankheitsbild kann daher zwanglos als ein Lichtausschlag vom Typus Hydroa aestivale aufgefaßt werden, und da er „experimentell“ nach einer durch Intoxikation hervorgerufenen Hämatoporphyrinurie entstanden ist, wird dadurch die Annahme gestützt, die im Hämatoporphyrin die unmittelbare Ursache für das Hydroa aestivale sieht. Daß man Fälle, wie den vorliegenden, nicht häufig sieht — obwohl toxische Hämatoporphyrinurie, wie gesagt, nicht besonders selten ist —, beruht vielleicht unter anderem darauf, daß Patienten, die in größerem Stil mit Schlafmitteln behandelt werden, sich wohl meist im Krankenhaus befinden oder doch wenigstens im Zimmer aufhalten, wo die Gelegenheit, sich den wirksamen ultravioletten Strahlen auszusetzen, nur gering ist.

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 27. Januar 1927

Vorsitzende: Fasal, Mucha Schriftführer: Gruß

Kren: 1. **Fall zur Diagnose.** 84jähr. Frau. Erkrankung begann ganz allmählich vor 8 Jahren. Während der $^3/_4$jähr. Beobachtungszeit nur geringe Größenzunahme der Krankheitsherde. Diese bestehen in braunen, derben Knoten von 6—10 cm Durchmesser, einer am linken Vorderarm, der kleinere am linken Oberschenkel. Oberfläche glatt, wenig glänzend, ohne sekundäre Veränderungen. Andere Knoten liegen subkutan und scheinen leicht bläulich durch die Haut durch. Während die braunen Knoten den Eindruck leukämischer Infiltrate machen, ähneln die durchscheinenden Knoten mehr dem Lupoid Beck. Die histologische Untersuchung der Knoten ergibt einen Aufbau aus lymphozyteren Elementen, so daß aus dem histologischen Bilde am ehesten die Diagnose auf lymphatische Leukämie gestellt werden könnte, womit aber der Blutbefund in Widerspruch steht; denn er ergibt bei fünfmaliger Untersuchung normale Zahlen für die Roten und gering schwankende Zahlen für die Weißen (zwischen 9000 und 6000). Neutrophile 66—72%, Lymphozyten 20—28%, Monozyten 2—7%, Eosinophilie 1—4%.

Digitized by Google

Auf Röntgentherapie gehen die keine Beschwerden verursachenden Knoten langsam zurück.

2. **Pagets Disease.** 42jähr. Frau mit scharfrandiger Erkrankung auf der linken Mamilla. Neben zahlreichen Erosionen tiefbraune fleckige Pigmentierung. Kein Knoten in der Drüse tastbar. Histologisch typische Epitheldegeneration ohne Tiefenwucherung. Trotzdem wird Ablatio und Drüsenausräumung empfohlen, da die Erfahrung lehrt, daß die meisten Pagetserkrankungen sich als Metastasen eines Drüsenkrebses darstellen.

Sachs: 1. **Lupus erythematodes.** 35jähr. Kranke, auf der behaarten Kopfhaut, besonders Hinterhaupt kinderhandgroße pigmentierte und depigmentierte, narbige Atrophien, von blaßrotem, schmalem Saum mit leichter Schuppenanhäufung eingesäumt, übriger Körper frei.

2. **Folliculitis decalvans.** 53jähr. Pat. Auf der Kopfhaut linsengroße, narbige Atrophien. An einzelnen Herden eitrige oder mit Krusten bedeckte Follikulitiden, zum Teil mit Nekrose. Affektion seit 1913.

Rusch: 1. **Heredo-luetische periorale Narben.** 28jähr. Frau. Die Narben sind die einzigen Stigmata der Heredolues. Seroreaktion positiv.

2. **Fall zur Diagnose.** 26jähr. Frau. Die dunkelbrünette Frau trat vor $2^1/_2$ Mon. wegen eines lentikulären Erstlingsexanthems in Behandlung. Primäraffekt nicht nachgewiesen. Drüsenschwellungen fehlten. Im Reizserum Spirochäten, Seroreaktion positiv. Auf 3 g Neosalvarsan vollständige Involution. Es folgte Malariabehandlung. Nach der 6. Attacke Auftreten scheibenförmiger, bleigrauer oder schwarzbläulicher Flecke. Zunächst an Handrücken und Vorderarmstreckflächen, später im Gesicht, über Hals und Brust, an den Glutäi und Unterextremitäten. Nach dem achten Fieberanfall Chinin, worauf die Malaria sistiert. Seit 10 Tagen folgende Veränderungen an den Effloreszenzen: dort, wo sie wie an den Ellbogen oder Handrücken Druck oder Reibung ausgesetzt sind, erscheinen sie dunkelrot, geschwollen und eleviert. Mitunter geschieht dies nur an den Randpartien, während das dunkle Zentrum eingesunken bleibt. Überdies deutliche Lichenifizierung und stellenweise mäßige psoriasiforme Schuppung. Viele, namentlich des Gesichtes und Halses, verharren in der ursprünglichen Form. Rötung und Schwellung zeigen schwankenden Charakter; bei Ruhigstellung schwinden sie, bei Reibung sind sie jederzeit zu provozieren bzw. zu verstärken. Im Reizserum keine Spirochäten. Die Biopsie läßt ein Malariaexanthem ablehnen, macht aber auch ein Luesexanthem unwahrscheinlich. Zahlreiche Melanozyten, die die Kapillaren der Papillen und der oberen Gefäßplexus mantelartig einschneiden. Daneben zahlreiche spindelige Fibroblasten in ähnlicher Anordnung auch in die Gefäße der tieferen Kutisschichten, sehr viele von ihnen mit Mastzellengranula. Völliges Fehlen von Plasmazellen. Am ehesten wäre der Symptomenkomplex der Urticaria pigmentosa gegeben.

Kren verweist auf das klinisch scharfumschriebene Bild der Urticaria pigmentosa, während die demonstrierte Affektion damit nichts zu tun hat und eher einem toxischen oder bakteriellen Exanthem entspricht.

Ullmann spricht sich gegen Urticaria pigmentosa adultorum aus und hält die Affektion eher im Sinne neuerer Auffassungen (Milian) für provoziert luetisch oder auch nichtluetisch aus endogenen bakteriellen Quellen, durch Salvarsan mobilisiert.

Scherber hat zuerst darauf hingewiesen, daß die Malaria bezüglich der Syphilis nicht nur heilende, sondern auch mobilisierende Wirkungen entfalten kann und erinnert an die nach Malariabehandlung bei jüngeren wie älteren Syphilisfällen aufgetretenen, ungemein hartnäckigen Periostitiden, die erst auf wiederholte, sehr energische Behandlungen zur Rückbildung gelangen. So ist die Wirkung der Malaria allein auf Syphilis nur eine beschränkte, und ohne baldiges Einsetzen spezifischer Therapie kommt es frühzeitigst zu Rekrudeszenzen der Erkrankung. v. Berde hat 30 verschiedene Syphilisfälle mit Malaria behandelt, etwas länger mit der spezifischen Therapie zugewartet und auf diese Weise manchmal sehr hartnäckige, eigentümliche Rezidivexantheme gesehen. Einem ähnlichen Exanthem dürfte der demonstrierte Fall entsprechen.

Finger bemerkt, daß an seiner Klinik vor kurzem ein Fall beobachtet wurde, der dem vorgestellten gleicht, bei dem allerdings eine histologische Untersuchung nicht vorgenommen wurde. Der Verlauf und das klinische Bild sprachen, wie auch in dem vorliegenden Falle, für die Diagnose eines etwas atypischen Syphilisrezidives.

Scherber: 1. **Dermatitis herpetiformis.**

2. **Pemphigus vulgaris.** 62jähr. Frau. Januar 1925: erster universeller, fieberhafter schwerer Ausbruch der Erkrankung. Nach Abheilung auf Arsen und Höhensonne Dezember 1925 geringgradige Rezidive. Nach R. Steins erfolgreichem Versuch bis heute

Digitized by Google

54 Tabletten Plasmochin. Keine Wirkung, im Gegenteil insofern Verschlimmerung, als wiederholte und ausgedehntere Nachschübe eingetreten sind.

Oppenheim hat einen Fall von Pemphigus vegetans mit Plasmochin ohne geringsten Effekt behandelt.

Kren: Von einer Therapie des Pemphigus kann man schon deswegen nicht sprechen, weil die Diagnose Pemphigus keinem einheitlichen Krankheitsbild entspricht. Wir fassen bekanntermaßen unter dieser Diagnose heute noch manche Krankheitsbilder zusammen, die gar nichts miteinander zu tun haben, nur deswegen, weil sie primäre Blasen bilden.

Arzt demonstriert zwei Diapositive einer blasenbildenden Hauterkrankung. Ohne eine absolut sichere Diagnose zu stellen, wurde ein 4jähr. Kind mit Plasmochin (am 13. XII. 1926 $^1/_2$ Tablette, am 14. und 18. XII. je 2 halbe Tabletten, im ganzen $2^1/_2$ Tabletten) behandelt. Innerhalb 9 Tagen waren sämtliche Blasen verschwunden. Es soll nur die Tatsache mitgeteilt werden, ohne irgend einen Schluß auf den Erfolg dieser Therapie zu ziehen.

Stein hat nie behauptet, daß alle als Pemphigus diagnostizierten Fälle auf Plasmochin günstig reagieren werden.

Scherber hat mit wiederholten, mit Arsenkuren kombinierten Höhensonnenbehandlungen am ehesten Erfolge erzielt und so völlige oder weitgehende Heilwirkung bis zu 12 Jahren beobachtet.

Scherber: **Epithelwucherungen.** 56jähr. Mann. Lokalisation über beiden Unterarmen und Händen. Entstanden nach Einwirkung von verschiedenen mit Baumöl befeuchteten Tierhaaren, die Pat. in einer Pferdekotzenfabrik verarbeitet. Man sieht alle Übergänge vom ersten rosenroten Knötchen mit etwas verdicktem Epithel bis zu verschieden hohen, zerklüfteten, schmutziggrauen Epithelverdickungen und schließlich einem kronengroßen Tumor über der Grundphalange des rechten Daumens, der klinisch den Eindruck eines Karzinoms macht. Histologische Untersuchung steht noch aus.

Oppenheim: Der Fall erinnert an die Hyperkeratosen nach Paraffin und Vaselin.

Sachs: Bei der Pathogenese kommen zwei Komponenten in Betracht: die Wollfasern und das zum Weben verwendete Öl. Gereinigtes Öl macht keine Reizerscheinungen. Hier dürfte ein ungereinigtes Öl verwendet worden sein. Die Verunreinigung kann auf einen hohen Säuregehalt des Öls (Ölsäuren) oder auf Bakterien zu beziehen sein. Die herdförmigen, mit mörtelartigen Krustenauflagerungen versehenen Veränderungen an den Streckflächen zeigte das Bild der Impetigo verrucosa. Eine endgültige Beurteilung über das Krankheitsbild ist erst nach Entfernung der Krusten sowie nach einer histologischen Untersuchung möglich.

F. Freund: **Lues gummosa.** Flache, unregelmäßig begrenzte Ulzerationen mit geringer Vernarbung in einem violettroten Infiltrat am rechten Unterschenkel, Geschwürsgrund glatt, glänzend, Rand flach verlaufend, nirgends unterminiert. In der Umgebung linsengroße Knötchen und Flecke. Kleingummöse knötchenförmige Infiltration des weichen Gaumens, zum Teil vernarbend. Perforation des Nasenseptums. Narben nach Tubercula cutanea am Rücken. Luetin-Reaktion +++. Es wird an den von Oppenheim vorgestellten Fall erinnert, der ähnliche Geschwüre zeigte, wo sich auf gummösem Grund autoinokulable Diplostreptokokken festgesetzt hatten, welche die Geschwürsbildung modifizierten. Auch in diesem Falle Diplokokken im Geschwürssekret. Das Luetin wurde uns von Müller zur Verfügung gestellt. Es reagiert absolut spezifisch in Fällen von tertiärer Lues; vergleichsweise bei Tuberkulose angewandt, dagegen immer negativ.

2. Parapsoriasis guttata? 23jähr. Frau. Beginn vor 5 Wochen mit einem schuppenden Fleck über dem Sternum. Derzeit: generalisiertes Exanthem, Primäreffloreszenz ein follikuläres Knötchen, das zu einer linsengroßen braunroten Papel auswächst, die Schuppung nur bei Irritation mit dem Fingernagel zeigt und auf Glasdruck gelbbraune Verfärbung hinterläßt. Unter Abflachung und Unregelmäßigwerden der Ränder wachsen die Effloreszenzen bis zu Kleinfingernagelgröße, wobei feinlamellöse und kleienartige, mitunter zentrifugal abhebbare Schuppen auftreten. Spärliche Basisblutung an einzelnen Hautblüten. Geringe Neigung zur Konfluenz (bloß in der Prästernalgegend ein größerer polyzyklisch begrenzter, schuppender Fleck). In der seborrhoischen Haut des Gesichtes einige unscharfe, blaßrote, zum Teil schuppende Flecke. Hautreizungen werden mit Eruption von Effloreszenzen beantwortet. Histologisch geringe Akanthose, herdförmige Parakeratose, an einzelnen Stellen kernlose Hornzapfen in den Follikelmündungen, geringes Kutisinfiltrat. Gegen ein disseminiertes seborrhoisches Ekzem spricht das Freibleiben von Achselhöhlen und Regio pubica, das Fehlen von

Digitized by Google

Nässen und Krustung und der Spongiose im histologischen Bilde, gegen Psoriasis vulgaris in seborrhoica die Art der Schuppung, die nur an einzelnen Effloreszenzen zu findende geringe Basisblutung, gegen eine typische Pityriasis lichenoides das Fehlen der Polymorphie, des zentralen Einsinkens und der marienglasartigen Schuppung. Am wahrscheinlichsten erscheint die Annahme eines in die Gruppe der Parapsoriasis gehörenden Krankheitsbildes.

Kren hält den Fall für eine Psoriasis seborrhoischer Art, wie solche zumeist an den nicht gewöhnlichen Lokalisationsstellen, sondern eben in der vorderen und hinteren Schweißfurche, am Kopfe, in der Kreuzbeingegend vorkommen und in dieser Beziehung einem Typus inversus entsprechen.

Oppenheim: Die Diagnose Psoriasis vulgaris ist abzulehnen wegen der Lokalisation, wegen der Farbe und Flachheit der Effloreszenzen, deren Zusammenfließen über dem vorderen Brustbein und in der hinteren Schweißfurche und wegen der Art der Schuppung. Die Differentialdiagnose zwischen Eczema seborrhoicum und Parapsoriasis ist nicht möglich zu stellen.

Ullmann: 1. **Naevus melanodes der Fußsohle.**

2. **Heberdensche Knoten.** Bei dem 50jähr. Manne besteht seit einem Jahre in zunehmendem Grade ein Ekzem der Schienbeingegend und der Gelenkbeugen vom Typus des Eczema flexurarum, das sich bisher allen therapeutischen Eingriffen gegenüber refraktär erwies. Daneben besteht Hautjucken. Als Nebenbefund typische Heberdensche Knoten, symmetrisch an den Distalgelenksenden der vorletzten Phalangen aller Finger, besonders des Zeige- und Mittelfingers. Röntgenologisch charakteristische Osteophytenbildung und zarte, vom Gelenksende bis zur Mitte der Phalange sich hinziehende unregelmäßige Knochenlücken bei Fehlen von Verkalkungen, besonders Fehlen eines randständigen, dichten Kalkinfiltrates wie sonst bei Gichtknoten. Einzelne Knoten zeigen weiche Konsistenz bis zur Fluktuation, vielleicht als Ausdruck eines späteren kolloiddegenerativen Stadiums. Die Gelenksaffektion ist beschwerdelos. Die Seltenheit der schon 1802 von Heberden differential von den Gichtknoten abgegrenzten Bildungen, ihr isoliertes Vorkommen an den Fingergelenken, nicht an den Zehen und sonstigen größeren Gelenken, im Zusammenhang mit dem chronischen, hartnäckigen Ekzem weisen auf eine besonders diathetische Anomalie. Das Leiden ist hereditär. Die schon von Charcot gegenüber Garrod auf Grund grob anatomischer und klinischer Merkmale abgetrennte Gelenksaffektion wurde von L. Wick und Weichselbaum histologisch untersucht. Sie fanden fibröses Bindegewebe in feinsten, parallel angeordneten Fasern; nur ausnahmsweise im Zentrum kleine eingesprengte Kalkinfiltrationen des Bindegewebes und in unmittelbarer Umgebung dieses Gewebes kleinzellige entzündliche Infiltration. Die meisten von Wick untersuchten Knoten (über 20) hatten keine Kalkeinlagerung. Histologisch wie makroskopisch bildet also das Fehlen der Verkalkung einen objektiven Unterschied. Somit ist die Diathese des Rheumatikers mit Heberdenschen Knoten und die des Gichtikers trotz der Uniformierung beider Prozesse durch Garrod d. Ä. wesensverschieden und im Stoffwechsel begründet. Die Hartnäckigkeit des Ekzems gegenüber jeglicher Therapie zeigt den Zusammenhang dieses Ekzems mit der Stoffwechselanomalie.

3. **Zur Furunkelbehandlung.** Trotz unzweifelhafter Wirksamkeit möchte U. die von Holzknecht und seinen Schülern, ursprünglich von den Chirurgen Fried und Heidenhein in Worms empfohlene Röntgentherapie akuter kokkogener Entzündungen speziell für den Furunkel nicht als reguläre Behandlung empfehlen, da die Röntgenbelichtung eine vorbeugende Wirkung auf Aussaat in die Umgebung des Stammfurunkels nicht ausübt, eher im Gegenteil die Infektiosität des Eiters und der nekrotischen Partien belebt und wochenlang erhält, wie Kulturversuche zeigen (Kraus). Auffallend und wertvoll ist für besonders schwere Fälle allerdings die rasche Abnahme der Schmerzhaftigkeit und die leichtere Lösung der nekrotischen Pfropfe und Schorfe, was im Sinne Heidenheins und Holzknechts, wie auch U. vermutet, durch Erhöhung der Widerstandskraft des entzündeten Gewebes auf Änderung physikalisch-osmotischer Zelltätigkeit zurückzuführen ist. Als absolute Indikation wird deshalb die Röntgentherapie nur dort bei kokkogenen Erkrankungen Platz finden, wo sie wegen besonderer Schmerzhaftigkeit und Hartnäckigkeit anderen dermatologisch-chirurgischen Eingriffen überlegen ist, wie bei Schweißdrüsenabszessen, Karbunkeln, akuten Phlegmonen und solchen lokalen spezifischen infektiösen Prozessen, wie sie in den Tropen (Orientbeule, Leishmaniose) so häufig vorkommen, wahrscheinlich auch bei Milzbrand, Pustula maligna. Der besondere Vorzug exakt gemessener kleiner Dosen bis 30% ist U. durchaus zweifelhaft, da U. dieselben

Digitized by Google

günstigen Erfolge nur nach Applikation wesentlich größerer Dosen, gewöhnlich $^1/_2$ bis $^3/_4$ Erythemdosis, in mehrmaliger Applikation erhalten hat. Stets sind außerdem gut abschließende Verbände mit Mastisol anzuwenden.

Nobl: **Granuloma fungoides.** Ein seit 15 Jahren von dem polymorphen Krankheitsbild befallener 50jähr. Pat. zeigt die Einbeziehung des ganzen Integumentes einschließlich der Handteller und Fußsohlen in den Krankheitsprozeß. Die psoriasiformen, blauvioletten Scheiben des Prozesses durchsetzen alle Hautschichten. Von den Lymphdrüsen sind derzeit die der Leiste zu mächtigen Paketen angeschwollen; die Blutformel kaum von der Norm abweichend. Keine dominierende Eosinophilie. Die Herde zeigen die polymorphe zelluläre Zusammensetzung mykosider Infiltrate. Bestrahlungszyklen und Arsenkuren haben einzelne Nachschübe immer wieder zu beeinflussen vermocht. Fortsetzung der Röntgenbehandlung muß wegen eingetretener Kachexie (Gewichtsabnahme, Schlaflosigkeit) unterbleiben. Bedeutend herabgesetzte Grundumsatzwerte weisen auch auf beeinträchtigte Funktion der inkretorischen Drüsen im Bereiche der Bestrahlungsfelder hin.

Oppenheim: **Osteomyelitis centralis gonorrhoica.** 23jähr. Steinschleifer. Spitalseintritt 30. IX. 1926 mit der Diagnose Urethritis totalis subacuta, Prostatitis parenchymatosa. 24. X. schmerzhafte Rötung und Schwellung über der linken Ferse. Gonokokkenbefund nach Operation des Abszesses über der Ferse am 8. X. negativ. Dicker Eiter, Temperatur zwischen 37,5 und 38,3° C unter Gonarginbehandlung. 15. X. spindelförmige Kavernitis am Rücken des Gliedes. 23. XI. Rötung und Schwellung in der Mitte des linken Schienbeins unter Schmerzen. Temperatur 37° C. Therapie: Gonoyatren intravenös. Nach jeder Injektion Schüttelfrost, Temperaturanstieg. Am 16. XI. umschriebenes schmerzhaftes Infiltrat unter der Fascia lata des rechten Oberschenkels. Prostata, Harnröhre ohne Befund, gonokokkenfrei. 10000 Leukozyten. 24. XI. Punktion des fluktuierenden Infiltrates am Oberschenkel. Aus 3 cm Tiefe seröser Eiter, in dem zahlreiche unzweifelhafte Gonokokken vorhanden sind. Intravenöse Trypaflavininjektion. Am 19. XII. Zunahme der Schwellung am linken Schienbein unter Schwellung des Oberschenkelknochens. Temperatur während der ganzen Zeit normal. Jetzt zeigt der Fall eine vollständig geheilte Urethritis posterior ohne Befund. In der Mitte der vorderen Tibiakante links eine spindelförmige nußgroße Anschwellung ähnlich einem Tophus syphiliticus, der noch auf Druck etwas schmerzhaft ist. Am oberen Drittel des rechten Oberschenkels ebenfalls eine 5 cm lange deutlich tastbare Verdickung. Die Röntgenbilder zeigen zentralen Knochenabszeß mit leichten periostalen Auflagerungen. Es zeigt also der Fall das ungemein seltene Ereignis einer zentralen blennorrhoischen Osteomyelitis. In der Literatur sind nur wenige Fälle (E. Ullmann, Lisowskeja, O. Mayer und Holmberg) bekannt. Der Fall unterscheidet sich von den publizierten Fällen auch dadurch, daß er fast vollständig afebril verlief. O. verweist im Anschluß an den Fall auf den ernsteren Charakter der männlichen Blennorrhoe. Schwere Epididymitiden und Prostatitiden, Fälle von peritonealer Reizung mit hohem Fieber, Arthritis und Polyarthritis blennorrhoica sind nicht selten. In jüngster Zeit hat O. einen Fall von akuter Gonokokkensepsis trotz jeglicher Therapie, insbesondere Immunisationsverfahren, verloren. Es war ein 23jähr. Athlet, der zuerst an Faszitiden und Tendovaginitiden, dann blennorrhoischem Hautexanthem und zum Schluß an Endocarditis blennorrhoica verrucosa et ulcerosa erkrankte, der er schließlich erlag.

Finger weist darauf hin, daß der allgemein angenommene Grundsatz, während einer Komplikation der Blennorrhoe die örtliche Behandlung zu sistieren, für die schweren Komplikationen der Blennorrhoe keine Berechtigung hat, da durch das Sistieren der örtlichen Behandlung immer neue Schübe von Gonokokken in die Blutbahn kommen und damit zur Verschlimmerung der Komplikation führen, daß also in diesen Fällen eine vorsichtige Lokalbehandlung, wie F. sich an zwei Fällen schwerer blennorrhoischer Endokarditis überzeugen konnte, geradezu lebensrettend wirkt, also unbedingt indiziert ist.

Planner: 1. **Salvarsanrefraktäre maligne Syphilis.**

2. **Hämatogene Entstehung sklerosiformer Papeln.** Der 26jähr. Pat. zeigt an der Haut des Penis einen typischen münzengroßen Initialaffekt mit starker inguinaler Skleradenitis, außerdem drei münzengroße krustöse Papeln an dén oberen Extremitäten und in der Klavikulargegend links. Erinnern schon diese Affekte durch ihre starke Infiltration an Sklerosen, so gilt dies in viel höherem Maße von einer schillinggroßen, scharfbegrenzten braunroten Erosion, die einem derben und mächtigen Infiltrat aufsitzt, rechts vom Nabel. Trotz des eigenartigen klinischen Bildes sind diese Erscheinungen als hämatogen entstandene, also als sekundäre, aufzufassen, was aus der vom intelligenten Pat. gegebenen Anamnese erhellt.

Digitized by Google

Riehl jun.: **Familiäre Salvarsanüberempfindlichkeit.** Drei einschlägige Fälle: Vater (Lues latens) und seine zwei Kinder von 8 und 10 Jahren (Lues congenitalis). Bei dem 10jähr. Mädchen Auftreten eines urtikariellen Exanthems an Stamm und Extremitäten nach Injektion von 0,45 g Neosalvarsan in Intervallen von 4 und 2 Tagen. Bei dem 8jähr. Knaben kleinmakulöses Erythem nach Injektion von 0,6 g Neosalvarsan in Intervallen von 4, 2 und 2 Tagen (je 0,15 g). Beim 29jähr. Vater Auftreten eines flüchtigen, kleinfleckigen Exanthems an den Händen und Unterarmen nach Injektion von je 0,45 g Neosalvarsan in Intervallen von 4 und 3 Tagen (1,35 g). Annahme der Möglichkeit einer familiären Überempfindlichkeit gegen Salvarsan.

Fuhs: 1. **Atrophia cutis.** 30jähr., seit 7 Jahren kranke Pat. Die Haut der unteren Extremitäten nahezu in ganzer Ausdehnung teils blaßlividrot, verdünnt, fältelbar, die darunter liegenden Venen durchschimmernd. Über Knie- und Sprunggelenken intensive bläuliche Rötung und Schwellung (Stadium infiltrativum). An verschiedenen Stellen streifen- und plaquesförmige gelblichweiße, derbe sklerodermieähnliche Einlagerungen in die Haut. Interner und Nervenbefund ohne Befund, Grundumsatz leicht gesteigert. Das Serum baut nach modifizierter Abderhaldenscher Methode in gesteigertem Maße Hypophysenvorderlappen und Ovarien ab.

2. **Multiples Kerion, Trichophyticum capitis und Lichen trichophyticus.** $6^1/_2$jähr. Knabe mit zahlreichen, mit Krusten bedeckten Tumoren am Kapillitium, an der Oberfläche mit follikulären Pusteln, auf seitlichen Druck Eiter entleerend. Seit 3 Tagen im Anschluß an Temperatursteigerung bis 38° und Störung des Allgemeinbefindens Eruption eines hellroten, papulösen, follikulären Exanthems an Gesicht, Stamm und Extremitäten, das auf eine intrakutane Trichophytininjektion (1 : 50) noch an Stärke zunahm; Trichophitinreaktion positiv. Pilzbefund: Endoektothrixform. Kultur noch ausständig. Pilzbefund von Lichenknötchen negativ.

3. **Favus.** 15jähr. Mädchen mit impetigoähnlicher Skutis an Wirbel und Hinterhauptsgegend des Kapillitiums, daneben fleckförmige, narbig-atrophische, alopezische Stellen. Pilzbefund positiv, Trichophytinreaktion negativ.

Arzt: 1. **Thallium aceticum-Epilation bei Hyphomykosen.** Zweifelsohne ist unter den geforderten Kautelen das Thallium ein ausgezeichnetes Mittel zur Epilation. Ob aber nicht die Zahl der Rezidive bei Thalliumbehandlung wegen des zu beobachtenden Zurückbleibens von Haarstümpfchen gerade am Krankheitsherd eine größere sein wird als wie bei exakter Röntgenepilation, kann erst die weitere Beobachtung entscheiden.

2. **Kongenitales hereditärluetisches Kind einer spezifisch und unspezifisch behandelten Mutter.** Am 9. XII. 1926 geboren, zeigte der Knabe am 18. I. 1927 papulöse Effloreszenzen, mit reichlich positivem Spirochätenbefund. Die Mutter mit unbekanntem Infektionstermin wurde vor der Konzeption dieses Knaben, welche auf den 2. III. 1926 zu verlegen ist, einer Salvarsanbehandlung in der Gesamtmenge von 5.8 g Neosalvarsan und einer Fiebertherapie mit 5 Malariaanfällen und 7 Typhusinjektionen unterzogen, welche $2^1/_2$ Monate vor der Konzeption abschloß. Diese Kur wurde wegen einer Alopecia specifica und Papeln am Genitale bei positiver WR und MTR durchgeführt. Der damals positive Liquor: Globulin ++, Goldsol ++, Zellen $156^2/_3$, Niessl $^1/_{2}0/_{00}$, WR negativ, ging auf die Kur zurück: Globulin +, Goldsol ++, Zellen 4, Niessl 0,2%, WR negativ, MTR positiv. Es konnte also eine intensive Salvarsankur von 5,8 g Neosalvarsan und eine Fieberbehandlung mit 5 Malariaanfällen und 7 Typhusinjektionen die Konzeption eines luetischen Kindes $2^1/_2$ Monate nach Abschluß dieser Kur nicht verhindern.

Finger bemerkt, daß auch an seiner Klinik bei mit Malaria-Salvarsan behandelten rezent syphilitischen Pat. ein Neurorezidiv und einige wenige Fälle von Haut- und Schleimhautrezidiven beobachtet wurden. Es war ja das zu erwarten, da, wie F. wiederholt Kyrle sagte, mit 100% Heilung nicht zu rechnen ist. Was nun die Frage betrifft, zu welcher Zeit die Salvarsan-Malariabehandlung einsetzen soll, so bieten sich für eine strikte Indikationsstellung einige Schwierigkeiten. Erfahrungsgemäß kann ja die Malariabehandlung nur einmal durchgemacht werden, da Reinfektionen entweder nicht angehen oder nur einen verkürzten Verlauf zeigen. Für den Verlauf der Syphilis ist es um so günstiger, je früher die Malariabehandlung einsetzt, da wir in den ersten 2 Jahren nach der Infektion beinahe zu 100% den Liquor und das Serum sanieren können. Dafür ist in diesen Fällen die Befürchtung eines Rezidivs, von dem eine neuerliche Liquorinfektion erfolgen kann, da; auch die Gefahr einer Reinfektion bei vollständiger Ausheilung ist um so größer, je jünger der Pat. ist. Verlegen wir die Malariatherapie erst an das Ende der sekundären Periode, also etwa in das 4. Jahr nach der Infektion, dann

Digitized by Google

sind die erwähnten Gefahren geringer, aber dann sind auch die Erfolge der Malariabehandlung für Liquor und Serum lange nicht mehr so gut. Wir müssen uns meist mit wenn auch zuweilen recht weitgehenden Besserungen zufrieden geben und wissen nicht, ob diese Besserung sich nicht wieder verschlimmern kann.

Ullmann erklärt sich die unvollkommene Wirkung der Therapie auf den Fötus in dem Sinne, daß die Plazenta für auch noch so intensive Neosalvarsantherapie der Mutter nicht ausreichend permeabel ist.

Sitzung vom 17. Februar 1927

Vorsitzende: Fasal, Urbach Schriftführer: Gruß

Spitzer: **Dermatitis pustulosa.** Lokalisation an Händen, Gesicht und Genitale bei einem Arbeiter einer Lackfabrik, hervorgerufen durch Salz- und Schwefelsäure. Stellungnahme gegen die Versuche von Krankenkassen, Berufskrankheiten, die das Ergebnis länger dauernder oder wiederholter allmählicher Schädigungen in Betrieben sind, als Unfälle aufzufassen, welch letzteren die Plötzlichkeit und kurze Dauer der Entstehungsursache zukommt.

Perutz weist auf den Unterschied zwischen gewerblicher Dermatose und Unfall hin. Während sich bei der gewerblichen Dermatose die Erkrankung langsam, allmählich nach einer mehr oder minder langen Inkubation entwickelt, ist bei der Unfallsdermatose das Moment des Plötzlichen, Unvorhergesehenen und Zufälligen das Charakteristische. Es muß in der Dermatologie, wie in den anderen Disziplinen aus den von Spitzer erwähnten Gründen streng zwischen Unfalls- und Gewerbedermatose unterschieden werden.

Oppenheim: Eine scharfe Trennung zwischen Betriebsunfällen und Betriebskrankheiten ist schwer zu machen. Es gibt Fälle von Toxikodermien bei Idiosynkrasischen, wo die geringste Spur der schädigenden Substanz eine schwere Dermatitis erzeugen kann.

Pils: **Pflastersteinnaevus.** 29jähr. Pat. mit einem strich- bzw. bandförmigen Naevus der linken Schulter, der von der Spina scapulae über die Schulterhöhe bis in die Fossa infraclavicularis reicht. Besonders in seinem vorderen Anteile ist die Zusammensetzung aus pflastersteinartig aneinandergereihten, derben bindegewebigen Elementen deutlich, während sonst das Pigment vorherrscht. Die Diagnose ist mikroskopisch verifiziert.

Kumer: 1. **Herpes zoster generalisatus.** 64jähr. Mann. Erkrankt mit Schmerzen an der linken Kopfseite. Typischer Herpes zoster am Halse links, einzelne Effloreszenzen gangränös. Am ganzen Körper, insbesondere dicht am Stamm und im Gesicht, weniger ausgebreitet an den Extremitäten, finden sich über 80 disseminiert angeordnete stecknadelkopfgroße Bläschen, manche von ihnen gedellt, alle von einem roten Hof umgeben. Die Bläschen zeigen verschiedenes Alter; einzelne wandeln sich in Pusteln um, ganz wenige zerfallen nekrotisch. Schleimhäute frei, keine Drüsenschwellung.

2. **Universelle Sklerodermie.** 55jähr. Mann. Beginn vor 3 Jahren, allmähliche Zunahme. Seit einem halben Jahre läßt sich der Mund nicht mehr normal weit öffnen. Die Haut des Gesichts, der Brust, des Bauches und der oberen Extremitäten prall gespannt, sich verdickt anfühlend, Hautfalten verstrichen. Maskenartiger Gesichtsausdruck. Mäßige Sklerodaktylie. Pigmentverschiebungen im Gesicht, am Hals und in der Genitalgegend. Interner Befund normal. Grundumsatz um 30% gesteigert; Abderhalden: Thymusabbau sehr stark positiv, Thyreoideaabbau positiv. Röntgenbefund negativ. Das histologische Präparat zeigt eine mächtige Quellung des kollagenen Gewebes mit Auffassung der einzelnen Bindegewebsfibrillen. Bindegewebe kernarm, sehr spärliche Gefäße. Elastisches Gewebe verhältnismäßig gut erhalten.

3. **Lupus miliaris disseminatus.** 65jähr. Frau. Seit $1^1/_2$ Jahren erkrankt. Acne rosacea-ähnliche Knötchen im Gesicht mit gelber Eigenfarbe. Histologie: typische Epitheloidzellentuberkel mit zentraler Nekrose.

Planner: **Sekundäre Syphilis.** 1. 33jähr. Pat. mit dichtestem makulo-papulösem Exanthem. Wuchernde Papeln an Mundschleimhaut, Genitale, circa anum. Universelle Drüsenschwellung, die durch die Größe der schon weithin sichtbaren Infraklavikular- und Interkostaldrüsen bemerkenswert erscheint.

2. 31jähr. Pat., der neben einer dichten urtikariellen Erstlingsroseola an Stamm und unteren Extremitäten handflächengroße orbikuläre Plaques psoriasiformer Papeln zeigt. An den oberen Extremitäten Konfluenz des Exanthems, das die Extremitäten diffus überzieht und dadurch wie durch leichte Schuppung eher an ein Ekzem als an Lues denken ließe. Wuchernde Papeln circa anum und in beiden Axillen.

Digitized by Google

Fuhs: **Dermatitis toxica nach Triphal.** 26jähr. Frau, die wegen ihres Lungenleidens in einer Lungenheilstätte 8 Triphalinjektionen (Dosis 0,006—0,15 g in Intervallen von 1—2 Wochen) erhielt. Nach der 8. Injektion (0,15 g) Störung des Allgemeinbefindens und Temperaturanstieg bis 37,6° C. Am nächsten Tage ein kleinfleckiges juckendes Exanthem. Bei der Aufnahme in die Klinik nässende und schuppende, subakute Dermatitis an Gesicht, Vorderarmen, Händen und Beinen. Die Schleimhaut des Mundes und der Zunge intensiv gerötet, geschwollen. Auf Mundspülungen mit Salbeitee, Kühlsalbe an der Haut rasche Rückbildung der Erscheinungen. Funktionelle Hautprüfung nach Jadassohn mit Triphal, Krysolgan, Aurophoslösung ebenso wie interkutane Injektion von Triphal (0,001 g) reaktionslos. Im Harn noch 14 Tage nach der letzten Injektion Gold nachweisbar (normale Ausscheidungszeit 2—3 Tage). Wegen des negativen Ausfalles der Hautfunktionsprüfung und der wesentlich verzögerten Goldausscheidung wird kausal eher eine toxische Gefäßschädigung als eine kutane Triphalidiosynkrasie angenommen. Ferner wird zur Vorsicht bei Triphalbehandlung gemahnt und auch auf sonst beobachtete Triphalschädigungen, wie z. B. von Ritter (Dermatitis), Kloeppel, Mohrmann (angioneurotischer Symptomenkomplex, schwerer Kollaps) hingewiesen.

Perutz weist darauf hin, daß Gold und seine organischen Verbindungen Kapillargifte sind, wodurch die eventuelle Wirkung dieser Präparate bei Lupus und Psoriasis zu erklären wäre.

Oppenheim glaubt durch kleine wöchentlich gegebene Dosen (0,001—0,05 g) Triphal, Krysolgan und Aurophos Dermatitis verhüten zu können. Jedenfalls ist er nie über 0,1 g hinausgegangen. Von einer Beeinflussung der Psoriasis vulgaris durch Triphal hat O. nichts gesehen, es sei denn, daß eine kombinierte Therapie (Triphal und As) — wie sie Freund an O.s Abteilung versucht — eine etwas intensivere Wirkung ausübt.

Fuhs berichtet aus der Klinik Arzt auch über negative Erfolge bei Psoriasis durch Triphal. Toxische Erscheinungen konnten bei vorsichtiger Dosierung (0,001—0,05 g) in 10tägigen Intervallen vermieden werden.

Fuhs: **Atrophia cutis mit sklerodermieartigen Veränderungen.** 52jähr. Frau. Bestand der Affektion seit einem Jahre. Die Haut der oberen, vor allem der unteren Extremitäten in diffuser Ausdehnung lividrot, verdünnt und gefältelt. Durchschimmernd tiefes Venennetz. Vielfach eingesprengte gelbbraune sklerodermieartige Herde, die in der Unterbauchgegend mit ihrem lividen Randsaum ein wenig großen Morpheaplaques ähneln. Interner und Nervenbefund o. B. Nach Abderhalden gesteigerter Abbau von Thyreoidea, Hypophyse. Ovarien und Epithelkörperchen; Grundumsatz um 15% erhöht.

Riehl jun.: **Gelungene passive Übertragung von Neosalvarsanüberempfindlichkeit.** Mitteilung von Versuchen, die mit den in der letzten Sitzung vorgestellten drei Fällen von familiärer kutaner Neosalvarsanidiosynkrasie vorgenommen wurden. Das 10jähr. Mädchen zeigte die stärkste Reaktion auf die funktionelle Hautprobe nach Jadassohn mit Neosalvarsanlösung (Reaktionsstärke V nach Bloch). Prüfungen mit anderen Salvarsanpräparaten (Joha, Altsalvarsan, Salvarsannatrium, Sulfoxylat, Spirozid je 0,1 g) sowie Arsenpräparaten (Solarson, Arsamon, Natr. kakodylic., Natr. arsenicos.) und mit 1‰igem Sublimat, 3½%iger Formollösung, 10% Terpentinöl, Arnikatinktur ergaben ein negatives Resultat. Somit erweist sich die Überempfindlichkeit als streng spezifisch gegen Neosalvarsan.

Fuhs: Bemerkenswert ist, daß nach der mittels der Technik von Königstein-Urbach gelungenen Übertragung der Idiosynkrasie die Haut des passiv idiosynkrasisch gewordenen Pat. nicht nur am Orte der Injektion des Blaseninhaltes, sondern nach einer Woche auch an davon entfernten Stellen auf die kutane Applikation von Neosalvarsanlösung mit Rötung, Knötchen und Bläschenbildung reagierte. Aber auch auf die hämatogene Zufuhr von Neosalvarsan Dosis II erfolgte einerseits eine Gewaltreaktion (Fieber, Kopfschmerzen), andererseits eine deutliche Lokalreaktion (Aufflackern der Entzündung an den erwähnten Hautstellen). Das Versagen des Prausnitz-Küstnerschen, dagegen das Gelingen des Königstein-Urbachschen Übertragungsversuches im vorliegenden Falle, scheint neuerlich für die Auffassung der Idiosynkrasie als histogen-zellulären Prozeß (Jadassohn, Bloch u. a.) zu sprechen. Desensibilisierungsversuche sind im Gange.

Perutz weist auf seine Untersuchungen über die Pathogenese der Terpentinölüberempfindlichkeit hin. Es gelang ihm, diese Erkrankung passiv zu übertragen; ferner der Nachweis, daß bei den davon befallenen Individuen Störungen im vagosympathischen Gleichgewicht im Sinne einer Übererregbarkeit des Parasympathikus vorhanden sind.

Urbach: Das Wesentlichste am Riehlschen Falle (analog dem Befunde von Urbach bei einer Arsenidiosynkrasie, Arch. f. Derm., Bd. 148, S. 146) ist, daß bei negativem

Digitized by Google

Ausfall des Prausnitz-Küstnerschen Übertragungsversuches die Sensibilisierung mittels lokal gewonnenem (histiogenem) Blasenserum gelang. Letztere Methode unterscheidet sich aber nicht nur durch das verwendete Ausgangsmaterial von ersterer, sondern vorzüglich dadurch, daß bei der Sensibilisierung nach Prausnitz-Küstner eine Sofortreaktion auftritt (nach 15 Minuten, Abklingen derselben nach 1—1½ Stunden), nach der Methode von Königstein-Urbach aber eine Spätreaktion (diese erscheint nach 24 Stunden, erreicht ihren Höhepunkt nach 48 Stunden, um dann langsam abzuklingen). Der Unterschied im zeitlichen Ablauf der Reaktionen spricht dagegen, daß der Königstein-Urbachsche Versuch eine einfache Modifikation des Prausnitz-Küstnerschen ist, beweist vielmehr, daß ihm ein anderer biologischer Mechanismus zugrunde liegt. Zu der Feststellung Riehls, daß die passive Übertragung mittels Kantharidenblasenserums nicht gelang, dagegen mit Blasen (-inhalt), die infolge der starken lokalen Sensibilisierung entstanden, wäre zu sagen: Ist der lokale Prozeß so akut, daß sich spontan Blasen bilden, so sind diese selbstverständlich zu verwenden. Wenn die Reaktion, wie in unseren Fällen, diese aber vermissen lassen, so müssen Blasen entweder durch Kantharidin oder Kohlensäureschnee usw. gezogen werden.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Actas Dermo-Sifiliograficas

1926, Jahrg. 18, Nr. 5

Dermatitis bei Zahnärzten durch Novokain (Dermatitis producidas por la procaina en los dentistas), von R. E. Cicero. S. 179. Verf. beobachtete bei einem Zahnarzt eine an beiden Händen ausgebreitete ekzematöse, schuppende und an einigen Stellen nässende Dermatitis, die besonders an den Streckseiten der Finger und den Palmae lokalisiert war. Es stellte sich als ätiologisches Moment die Beschäftigung mit „procaina", d. h. Novokain heraus, denn der Ausschlag schwand spontan, wenn Pat. sich einige Zeit aus seiner Tätigkeit entfernte. Die Intoleranz gegen das Mittel ist nach Verf. erworben, da sich der Ausschlag immer erst Monate oder Jahre nach dem Beginn des Gebrauches des Präparates entwickelt. Man darf aber nicht alle Hautausschläge bei Dentisten darauf zurückführen, da auch andere schädigende Ursachen Dermatosen an den Händen hervorbringen können. So können auch durch Epidermophyten analoge Krankheitsbilder entstehen. Prophylaktisch empfiehlt Verf. Gummihandschuhe und den Gebrauch anders zusammengesetzter Anästhetika.

Beitrag zum Studium der Hautatrophien (Contribución al estudio de las atrofias cutáneas no sintomáticas o secundarias), von B. de Medina und N. Calvin. S. 198. Das Leiden entwickelte sich bei der 38jähr. Pat. im achten Schwangerschaftsmonat mit einem wenig ausgesprochenen Entzündungsprozeß von langsam fortschreitendem, durch Remissionen unterbrochenem Verlauf besonders an den Extremitäten mit Bevorzugung der Streckseiten. Die Haut erschien dort teils erythematös, teils atrophisch von dunkelvioletter bis hellroter Farbe, an einigen Stellen schuppend, sich kalt anfühlend und allerlei Sensibilitätsstörungen aufweisend. Die Diagnose wurde auf Erythromelie Pick und Pautrier gestellt. Sklerodermie und Morphaea atrophica bzw. leprosa wurden ausgeschlossen. Histologisch ergab sich eine hochgradige Atrophie der Epidermis, einschließlich des Stratum granulosum, begleitet von einer leichten Hyperkeratosis ohne Parakeratosis; ferner Infiltration der Kutis in streifenförmiger Anordnung, Sklerose des Bindegewebes, Zertrümmerung und Verdickung der elastischen Fasern, Veränderungen der tiefen Gefäße und abnorme Verteilung des Melanin mit ausgesprochener Vermehrung des Pigments an gewissen Stellen.

Die Jodbehandlung bei Syphilis und Hautkrankheiten (La cura iodada en sifilis y enfermedades de la piel con lipoiodina), von E. A. Sainz de Aja. S. 215. Verf. empfiehlt das Lipojodin zur Kombination mit anderen spezifischen Mitteln bei kallösen

Digitized by Google

Primäraffekten mit intensiver Lymphangitis und ausgesprochenen Drüsenschwellungen, ferner bei Gefäßerkrankungen auf toxischer Basis (z. B. Tabak oder Alkohol) oder als Altersveränderung, besonders bei Hypertonie, ferner bei arteriellen Störungen besonders der Aorta oder im Gehirn, desgleichen im ersten Stadium des Morbus Raynaud und bei Übersättigung des Körpers mit Hg oder Wismut oder Salvarsan. In der Dermatologie findet das Lipojodin Verwendung bei der Ausführung der Pfannenstielschen Kur bei dem Lupus der Nasen-Rachenschleimhaut, bei papulo-nekrotischen Tuberkuliden, bei Erythema induratum, bei Akroasphyxie, Lupus pernio, Congelatio und follikulären Prozessen.

Die Röntgenbehandlung in der Dermatologie (La roentgenterapia en dermatologia), von J. u. S. Ratera. S. 219. Überblick über Technik, biologische Wirkung, für die Röntgenbehandlung sich eignende Hautkrankheiten und genaue Methodik ihrer Behandlung.

Die Syphilis des Lymph- und Muskelsystems (La sifilis des sistema linfatico y muscular), von Sainz de Aja. S. 247. Die Verbreitung der Spirochäte erfolgt in dreifacher Weise: auf dem Blutwege, durch die Lymphgefäße und durch die Lymphräume. Die letzte Art der Verbreitung bedingt die harten Ödeme und die Lymphangitis reticularis. Die Syphilis des Muskelsystems macht sich im Sekundärstadium 1. durch Muskelschwund, 2. durch Myositis und 3. durch Kontrakturen bemerkbar. Die Merkmale der Muskelsyphilis im Tertiärstadium sind: 1. das Gummi, 2. die Sklerosierung, 3. die Spontanruptur und 4. die Atrophie. Alle Muskeln können befallen werden, auch die Zunge und die Lendengegend. Die Prognose der syphilitischen Muskelerkrankungen quoad sanationem ist gut, ausgenommen die Fälle von Muskelruptur und die von Atrophie infolge von Nervenerkrankungen. R. Ledermann-Berlin.

Archives of Dermatology and Syphilology

1927, Bd. 15, Nr. 3

The Etiology of Maduromycosis with a Mycologic Report on Two New Species Observed in the United States (Ätiologie der Madurapilzerkrankung mit Bericht über zwei in den Vereinigten Staaten neuentdeckte Pilzarten), von J. A. Gammel-Cleveland. S. 241. Der Madurafuß wird durch verschiedene Pilze verursacht. Die auf Pflanzen lebenden Pilze dringen in Hautläsionen des Menschen ein. Verf. beschreibt zwei neue Pilzarten: 1. Madurella americana, von ihm selbst zuerst, und 2. Madurella ikedai, von Ikeda gefunden. Die Inkubationszeit für den Madurafuß beträgt einige Monate bis mehrere Jahre. Die ersten Symptome sind Schwellung und mäßiger Schmerz. Dann entstehen Papeln und Pusteln, die eine stinkende, verschiedenfarbige Körner enthaltende, ölige, sanguinolente Flüssigkeit entleeren. Durch den aktinomykotischen Typus der Erreger werden die Knochen affiziert; bei dem maduromykotischen Typus handelt es sich bei einer Knochenzerstörung um eine Sekundärinfektion. Spontanheilung ist möglich; meist aber Amputation erforderlich, um den Tod durch andauernde Kachexie und Sekundärinfektion zu verhüten. Trotz der verschiedenen Erreger sind die histologischen Veränderungen gleichförmig: die Körner sind gewöhnlich von Riesen- und Epitheloidzellen umgeben; das Ganze liegt in einem hyperämischen Bezirk mit viel Lymphozyten, wenigen Leukozyten und gelegentlich vorkommenden Plasmazellen. Bei den in der Literatur berichteten Heilungen durch konservative Maßnahmen ist die Beobachtungszeit zu kurz. Rezidive sind noch nach zwei und mehr Jahren berichtet. Eine Einteilung der Pilze nach der Körnerfarbe ist nicht möglich, da verschiedenfarbige zu ein und derselben Klasse gehören können. Nur eine Einteilung nach botanischer Erfahrung ist anzuerkennen. Mit den zwei vom Verf. beschriebenen Erregern sind bisher 19 Arten geschildert worden. Alle Tierversuche sind bisher negativ ausgefallen.

Acne Agminata: A True Skin Tuberculosis. Report of a Case (Aknitis: eine echte Hauttuberkulose. Bericht über einen Fall), von E. R. Maloney-New York. S. 285. Verf. berichtet einen Fall von Aknitis, den 20. in der Literatur beschriebenen. Der klinische Befund dieses Falles war der übliche; das histologische Bild zeigte als Besonderheit zentrale Verkäsung der Granulome; bakteriologische Untersuchungen und Tierexperimente waren negativ. Verf. gibt einen Überblick der verschiedenen Theorien über die Ätiologie der Aknitis und hält für die einleuchtendste die von Rist und Rolland, die eine Reinokulation der Haut durch einen latenten tuberkulösen Herd des Körpers annimmt. Daraus erklärt sich am besten das Fehlen der Tuberkelbazillen, da eine Re-

Digitized by Google

inokulation nur eine milde Infektion darstellt, bei der die Erreger schnell zerfallen und nur das für Tbc. typische Granulationsgewebe übrigbleibt.

Clinical Observations from the Central Hospital, Bangkok, Siam (Klinische Beobachtungen aus dem Zentralkrankenhaus Bangkok, Siam), von R. W. Mendelson-New Orleans. S. 298. Bericht über mehrere interessante Fälle, die besonders durch Verschleppung seitens der Pat., Eingeborenen in Siam, bemerkenswert sind: 1. papilläre Adenome der Schweißdrüsen in den Achselhöhlen, seit 8 Jahren bestehend; 2. vernachlässigte Amöbendysenterie mit einer Ruptur des Kolons von 9 cm Länge; 3. endotheliales Sarkom der Zunge, bei einem Betelnußkauer seit 8 Jahren bestehend; 4. inoperables Karzinom der Lippen und Wangen; 5. Framboësie und Gangosa, die Verf. für ätiologisch identisch hält: Framboësie für das Anfangsstadium, Gangosa (tiefgreifende Ulzerationen, z. B. Verlust der Nase) für das Endstadium.

L.-Pityriasis Rosea (Pityriasis rosea), von R. S. Weiß, C. W. Lane und W. A. Showman-St. Louis. S. 304. Von 380 Fällen von Pityriasis rosea waren die meisten 10—30jährig (56,6%). Frauen wurden doppelt so häufig befallen wie Männer. Im Frühling und Herbst wurde die Höchstzahl, im Sommer die Mindestzahl erreicht. Die Angaben über den Primärinfekt waren unzuverlässig; ebenso die Zeitangabe bis zum Auftreten des Sekundärexanthems. Das klassische makulöse Exanthem trat in 76,1%, das papulöse in 7,9%, das gemischt papulo-makulöse in 13,1%, das zirzinäre in 2,7% auf. Der Rumpf war in 72,2% befallen. Jucken trat in 26,8% auf. Ausführliche Schilderung der Fälle mit besonderer Lokalisation (Gesicht, Fußsohlen, Handflächen, Kopfhaut), der Fälle mit gleichzeitigem Vorkommen von Epidermophyton inguinale und der Rezidive und Rückfälle. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Bücherbesprechungen

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von J. Jadassohn. Bd. 19: Kongenitale Syphilis. Preis RM. 49.—, geb. 54.—. Verlag J. Springer, Berlin 1927. In diesem Bande wird die allgemeine Pathologie der Lues congenita von Rietschel, die Klinik der kongenitalen Haut- und Schleimhautlues von Ledermann, die Lues der inneren Organe, des Nervensystems, der Bewegungsorgane von Hochsinger, Auge von Igersheimer, Ohr von Alexander, Zahndeformitäten von Kranz, die Diagnose und Prognose von v. Zumbusch, Serologie von F. Lesser, Behandlung von E. Müller, Prophylaxe von Boas dargestellt. Schon die Namen der auf ihrem Spezialgebiet autoritativen Verf. bürgen für eine vorzügliche Bearbeitung des Gegenstandes. Und so ist hier eine erschöpfende, das gesamte Tatsachenmaterial zusammenfassende Theorie und Praxis gleichmäßig berücksichtigende, wahrhaft monumentale Schilderung der Lues congenita entstanden. Naturgemäß wird bei der Strittigkeit vieler Fragen es nicht zu vermeiden sein, daß Ref. in manchen Dingen anderer Meinung ist, als sie von den betreffenden Verff. vertreten werden. Ich hebe da nur hervor die Entstehung von Zahndeformitäten, bezüglich derer ich die Zwischenkiefertheorie vertrete, bezüglich der Behandlung, deren energische Form nach E. Müller ich ablehne. Allein hier steht Ansicht gegen Ansicht, die Zukunft kann erst die Entscheidung geben. Die Ausstattung des Werkes ist hervorragend. Die Reichhaltigkeit des Buches an ganz hervorragenden Abbildungen unterstützt das Verständnis der Materie in ausgezeichneter Weise. Der Band reiht sich würdig dem ersten erschienenen Band des Handbuches an. A. Buschke-Berlin.

Alkohol-Extrakt-Reaktion AER, von W. Lüttge und W. v. Mertz. Univ.-Frauenklinik Leizig. Preis geh. RM. 13.—, geb. 15.—. Verlag S. Hirzel, Leipzig 1927. Die Arbeit beschäftigt sich mit der Darstellung der Geschichte der Abderhaldenreaktion, vornehmlich aber mit den von den Verff. eingeführten Methoden (Alkoholsubstratreaktion, Kochsalzextraktreaktion, Trübungsreaktionen, Alkoholextraktreaktion). Letztere Reaktion, die AER, bildet in ihrer Entstehung, praktischen Bedeutung, Technik und der Diskussion ihrer theoretischen Grundlage das Kernstück des Buches. Die vielen interessanten Einzelheiten, Ausblicke und Hinweise machen die Lektüre des Buches, die allen auf diesem Gebiete Arbeitenden warm empfohlen sei, sehr genußreich, machen aber zugleich ein kurzes Referat kaum möglich. Angeschlossen ist ein methodischer Teil. Alles in allem eine der bedeutungsvollsten Erscheinungen aus dem viel umstrittenen Gebiete der Abderhaldenreaktion. V. Kafka-Hamburg.

Röntgentherapeutisches Hilfsbuch, von R. Lenk-Wien. Preis RM. 4.80. 3. Auflage. Springer, Wien 1927. Das Werkchen umfaßt in seinem ersten, allgemeinen Teil

Digitized by Google

eine kurze Übersicht über den Wirkungsmechanismus der Röntgenstrahlen, die Prognose, die Begleit- und Folgeerscheinungen der Behandlung, die adjuvierende Behandlung, die Kontraindikationen und die Behandlungsformel. Im zweiten speziellen Teil werden alle für die Röntgenbehandlung in Betracht kommenden Krankheitsbilder aufgezählt, wiederum mit allem Wissenswertem in kurzer, prägnanter Form. Die am Schlusse jeder Krankheit angeführte Behandlungsformel gibt genauen Aufschluß über die Technik. Vor allem sind alle in Betracht kommenden Hautleiden restlos beschrieben. Das Buch gibt dem Dermatologen, der Röntgentherapie betreibt, eine vollständige und handliche Übersicht für seine Röntgentherapie. Vielleicht wäre es wünschenswert, in einer späteren Auflage, bei den oberflächlichen Hautleiden die Spannungsverhältnisse der von dem Dermatologen meist benutzten Röntgenapparate, 80—100 K.V., in der Behandlungsformel zu berücksichtigen.

J. Callenberg-Horst-Emscher.

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Über den Einfluß der Röntgenbestrahlung auf gewisse Bestandteile des Blutes (II. Mitteilung), von A. Gigon und M. Lüdin, Med. Univ.-Polikl. und Inst. f. physikal. Ther. d. Bürgerspitals Basel. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 10, S. 221—223.) Die Röntgenbestrahlung übt einen wesentlichen Einfluß auf die Hauptbestandteile des Blutes: Gesamtkohlenstoff, Gesamtstickstoff und Wasser, aus. Während jedoch bei Kaninchen sich nach einmaliger schwacher Bestrahlung stets ein Sinken des Blutkohlenstoffes, des Blutstickstoffes und ein Steigen des Wassergehaltes des Blutes gezeigt hatte, war die Richtung dieser Veränderungen bei verschiedenen Pat. eine verschiedene. Zur Aufklärung dieser Unterschiede wurden weitere Untersuchungen angestellt, wobei als mögliche Erklärung der Ernährungszustand und die verschiedene Intensität der Bestrahlung in Betracht gezogen wurde. Letztere ließ keine qualitative Differenz der Reaktion erkennen; auch Hungerkaninchen (nach 4—5tägigem Fasten) und mit Hafer allein gefütterte Tiere zeigten das gleiche Sinken des Blut-C und Blut-N wie normal gefütterte Tiere, während Grünfutterkaninchen ein sehr rasches und gewaltiges Steigen des Blutkohlenstoffes aufwiesen. Bei dem Blutstickstoff keine entsprechende Steigerung. E. Levin-Berlin.

Die Röntgenbehandlung der akuten Entzündungen, von O. Seemann, Städt. Krkh. Dortmund-Eving. (M. Kl., 1927, Nr. 14, S. 521—523.) Sammelreferat.

E. Levin-Berlin.

Repair of Defects Caused by Surgery and Radium in Cancers of the Hand, Mouth and Cheek (Heilung von operativen und durch Radium hervorgerufenen Defekten bei Karzinomen von Hand, Mund und Wange), von V. P. Blair-St. Louis. (Am. J. of Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 1, S. 99.) Für den Ersatz von Haut bei Radiumverbrennungen gelten die gleichen Gesetze wie für Transplantationen bei operativen Defekten. Die großen Schwierigkeiten sind dadurch bedingt, daß die Gefäßschädigung in der Umgebung des Defektes das Anwachsen der Transplantate erschwert. Ein radikales Vorgehen bei der Exzision des erkrankten Gewebes ist deswegen erforderlich. Gestielte Lappen sind den freien Transplantationen vorzuziehen. Bei nekrotischen Knochen kann durch Kauterisation der Prozeß der Abstoßung gegen das Gesunde beschleunigt werden. Bei lokaler Epitheliombildung auf einer Röntgenhaut sind große flächenhafte Exzisionen mit Transplantation besser als viele örtliche Exzisionen.

H. Holthusen-Hamburg.

Roentgen-Ray Dosis Required to Produce Clinical Erythema (Die zur Erzeugung eines klinischen Erythems notwendigen Röntgendosen), von E. T. Leddy-Rochester. (Am. J. of Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 2, S. 230.) Die Beobachtung an 100 Fällen, bei welchen die Dosierung mit zwei von dem Verf. und Weatherwax konstruierten Ionisationsmeßinstrumenten kontrolliert wurde, lieferte das Material für die Aufstellung von Kurven, in denen für zwei von dem Verf. benutzte Spannungen, nämlich 168 und 200 kV, die Bestrahlungszeiten in Abhängigkeit von der Filterung (1—5 mm Al oder 0.25 bis 1,25 mm Cu) angegeben sind, die zur Erzielung eines Erythems erforderlich waren.

H. Holthusen-Hamburg.

Digitized by Google

Sicherungsschloß gegen Filterverwechseln, von Franz Neugebauer, Zentral-Röntgeninst. Allg Krkh. Wien. (Fortschr. Röntgenstr., 1927. Bd. 35, H. 5, S. 975—978.) Filtersicherungen sind in zwangsläufige und selbstkontrollierende einzuteilen, die sich ergänzen und gleichzeitig gebraucht werden sollen. Das hier beschriebene Filterschloß, das auf mechanischem Wege ein Filterverwechseln unmöglich macht, wird als Zusatzeinrichtung beschrieben. E. Levin-Berlin.

Radium and Haemorrhagie (Radium und Blutung), von J. O. Bower und J. H. Clark-Philadelphia. (Am. J. of Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 2, S. 247.) Nächst den Lymphozyten sind die Kapillarendothelien die strahlenempfindlichsten Zellen des Körpers. In bestrahlten Tumoren bildet die Zerstörung der Krebszellen einen Reiz für die Kapillaren, deren lebhafte Wucherung die Bindegewebsneubildung einleitet. Weniger radiumempfindlich, besonders gegen Strahlen, sind die großen Gefäße, wie aus zahlreichen histologischen Untersuchungen der Verff. im Anschluß an Radiumbestrahlungen verschiedener Organe und der Femoralarterie hervorgeht. Im ganzen kann man sagen, daß bei gutartigen Erkrankungen das Aufhören der Blutung die Obliteration oberflächlicher Gefäße anzeigt, bei bösartigen Tumoren die Zerstörung des Tumors selber, da die Gefäße weniger empfindlich sind als die Tumorzellen. Bei Metrorrhagien infolge gutartiger Uterustumoren ist zur günstigen Beeinflussung nur verhältnismäßig geringe Radiumeinwirkung erforderlich, die keine nachweisbaren histologischen Veränderungen in den Gefäßen der Ovarien und Graafschen Follikeln hervorbringt. H. Holthusen-Hamburg.

Kosmetik

Neuere Richtlinien in der Kosmetik, von K. Mezey-Budapest. (Budapesti Orvosi Ujsag., 1926, Bd. 51—52.) Zusammenfassende Betrachtung über die Pathologie der Akne und der Faltenbildung. K. v. Berde-Szeged.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia (Heriditäre hämorrhagische Telangiektasie), von E. C. Mekie. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3452, S. 423.) Ein wegen Lungentuberkulose in Behandlung befindlicher 38jähr. Mann bot zahlreiche Telangiektasien dar, welche im Laufe von etwa 2 Jahren sich an den Lippen, dann an der Nase, dem Nasenseptum, den Wangen, der Zunge, dem Zahnfleisch und weichen Gaumen und am Dorsum glandis entwickelt hatten. Die ersten Anfänge datieren vom 15. Lebensjahre und waren mit häufigem, zeitweilig täglich einsetzendem Nasenbluten verbunden. Der Pat., Vater, Großvater, 2 Oheime, drei von deren Kindern und eine Schwester des Pat. waren bzw. sind in ähnlicher Weise affiziert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit mit Nebenniereninsuffizienz (Et Tilfaelde af Raynauds Sygdom med Binyreinsufficiens), von E. Rud. (Hospitalstidende, 1927, Nr. 2, S. 45 und Nr. 4, S. 73.) Ein 20jähr. lediger Knecht, der schon als Knabe von 10—12 Jahren an „toten Fingern" gelitten hatte und aus dem Militärdienst wegen „blauer Hände" entlassen worden war, kam wegen zunehmender Schwäche, Geschwürsbildung am Ringfinger beiderseits, Impotenz und Braunfärbung des Gesichts in Behandlung. Die Hände waren blutleer und bleigrau bis blaurot verfärbt. Körpertemperatur herabgesetzt, Puls langsam, Blutdruck vermindert. Pirquetsche Reaktion am Ende von 24 Stunden stark positiv. Blutzuckergehalt niedrig. Pharmakodynamische Untersuchungen der Erregbarkeit des Vagus und des Sympathikus ergaben keine prägnanten Ergebnisse. Die Kapillarmikroskopie, an verschiedenen Tagen am Nagelfalz ausgeführt, ergab eine besonders unter Kälteeinwirkung deutlich hervortretende starke Dilatation der nur in geringer Zahl erkennbaren Kapillaren, während nach Erwärmung die Zahl der sichtbaren Kapillaren entschieden zunahm, und der Dilatationszustand wesentlich vermindert erschien. Auffallenderweise hatte die Verabreichung von Pituitrin eine günstige Wirkung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Essential Thrombocytopenic Purpura. Etiology, Pathogenesis, Pathognomic Symptoms, Diagnosis and Operative Treatment (Essentielle Purpura durch Thrombozytenmangel. Ätiologie, Pathogenese, pathognomonische Symptome, Diagnose und chirurgische Behandlung), von H. Koster-Brooklyn, N. Y. (Med. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 1, S. 23—26; Nr. 2, S. 97—100; Nr. 3, S. 167—170.) Die Krankheit muß von den Purpuraformen geschieden werden, die nicht auf Thrombozytenmangel beruhen (Hämophilie, Cholämie, Peliosus rheumatica, arteriosklerotische Purpura, Henochsche Purpura,

Digitized by Google

Hysterie, kongenitale Purpura). Die Krankheit tritt gewöhnlich im frühen Lebensalter auf mit schweren und lange anhaltenden Blutungen; charakteristisch ist außerdem Vergrößerung der Milz, Verminderung der Blutplättchen, verlängerte Blutungszeit, mangelnde Zusammenziehung des Blutkuchens, Probe der Kapillarresistenz. Verminderung der Blutplättchen allein ist nicht ausreichend, um Purpura hervorzurufen. Der Thrombozytenmangel findet sich bei gewissen Infektionskrankheiten, Intoxikationen biochemischer, organischer und anorganischer Natur, Stoffwechselstörungen (Vitaminmangel), Krankheiten des hämatopoetischen Systems. Bei einigen dieser Zustände besteht eine ausgesprochene Neigung zu Splenomegalie. Durch Anregung des Knochenmarkes wird der Blutplättchenmangel bekämpft, daher der Vorschlag, die die Funktion des Knochenmarkes beeinträchtigende Milz zu exstirpieren; von anderer Seite wurde der Eingriff mit der übermäßigen thrombolytischen Funktion der Milz erklärt. Durch den Mangel an Blutplättchen soll kein genügender Verschluß pathologischer Gefäßöffnungen zustande kommen, daher die Verlängerung der Blutungszeit. Ebenso wirkt der Mangel ungünstig auf die Retraktibilität des Blutkuchens ein. Im Gegensatz zu den Verhältnissen bei Gesunden treten bei Abschnürung eines Armes so, daß nur der Rückfluß des venösen Blutes verhindert wird, distal von der Abschnürung Petechien auf. Drei näher beschriebene Fälle bei jüngeren weiblichen Personen reagierten gut auf Splenektomie; in dem einen später ad exitum gekommenen Falle ergab die Sektion aleukämische Myelosis.

E. Levin-Berlin.

The Treatment of Varicose Veins by Organic Arsenic Injections (Die Behandlung von Varizen mit Injektionen von organischen Arsenverbindungen), von W. M. Borcherds. (Brit. m. J., 1927, Nr. 2351, S. 375.) Bei Gelegenheit einer Syphilisbehandlung mit Altsalvarsan bemerkte B. (1910), daß bei der Injektion in eine variköse Vene dieselbe sich vollständig zurückbildete. Seitdem hat er mit gutem Erfolg die verschiedenen Arsenverbindungen Galyl, Kharsivan und Novarsenobillon in ähnlicher Weise verwendet. Auch bei Hämorrhoiden hat er das Verfahren äußerst nützlich gefunden. Variköse Ulcera cruris behandelt er ebenfalls mit einer vorbereitenden Injektion eines solchen Arsenpräparates, unterhalb der Läsion gegeben. Nach 2 Wochen gibt er eine zweite und nach 3 Monaten eine dritte Injektion.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Urtikaria und Erytheme

Urticaire infectieuse (Infektiöse Urtikaria), von G. Milian. (Paris méd., 1927, Nr. 3, S. 81—83.) Das erstmalige Auftreten von Urtikaria wird häufig im Anschluß an Infektionskrankheiten beobachtet, so nach Furunkel, Milzbrand, Syphilis. In dem hier beschriebenen Falle war, wie auch schon in früher gesehenen, eine Staphylokokkeninfektion vorausgegangen.

E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Ätiologie des Erythema nodosum. Ein Fall von Erythema nodosum mit tuberkuloiden Veränderungen nach Einspritzungen von Aticholeravakzine, von P. Pawloff. (Russkaja Klinika, 1927, Nr. 4.) Die Überschrift gibt den Inhalt wieder.

A. Jordan-Moskau.

Herpes

Coincident Herpes and Varicella (Gleichzeitiger Herpes und Varizellen), von E. E. Ouseley-Smith und G. Williamson. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3452, S. 423.) Ein nicht besonders beweiskräftiger Bericht über einen nicht sehr exakt beobachteten Fall von Herpes zoster im Bereich des VII. Dorsalnerven mit bald darauf einsetzenden Varizellen bei einem 10jährigen Knaben und über die etwa 14 Tage nachher einsetzende Erkrankung von dessen 4jähr. Bruder an typischen Windpocken.

A. Philippi-Bald Salzschlirf.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Über die antiseptische und antitoxische Wirkung des Perubalsams in Wunden, von C. Brunner und W. Silberschmidt, Hyg. Univ.-Inst. Zürich. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 5, S. 261.) Verff. haben Meerschweinchen an Tetanussporen reiche Erde oder Gasbrandbazillen enthaltendes Sägemehl in eine Hautmuskelwunde am Rücken eingeimpft und in diese 1—1½ ccm Perubalsam gebracht. Von drei Tieren wurden zwei gerettet, während die Kontrolltiere sämtlich an Tetanus zugrunde gingen. Ebenso wurden die mit Gasbrand infizierten Tiere gerettet. In allen Fällen bildete sich ein umschriebener

Digitized by Google

Abszeß, der nach einiger Zeit spontan aufbrach. Im Reagenzglas gelang es, durch Perubalsam Tetanus- und Botulinusgift bei kurzdauerndem Kontakt so weit zu neutralisieren, daß mit der Mischung geimpfte Meerschweinchen am Leben blieben, während mit den gleichen Giftmengen allein geimpfte Kontrollen zugrunde gingen. Wurde Balsam getrennt, aber gleichzeitig mit letalen Giftmengen in Hautmuskelwunden gebracht, so blieb die rettende Wirkung aus. Sowohl bei der Erdinfektion als auch beim Gasbrand war die (antitoxisch) antiseptische Wirkung des Perubalsams auffallend.

F. Landauer-Berlin.

Ekzem, Rosazea

Traitement des eczémas vrais et des parakératoses psoriasiformes eczématisées (eczémas seborrhéiques psoriasiformes de la plupart des auteurs. [Vue d'ensemble à l'usage des praticiens)] (Behandlung des echten Ekzems und der psoriasiformen, ekzematisierten Parakeratosen [psoriasiforme, seborrhoische Ekzeme der meisten Autoren. Überblick zum Gebrauch für den Praktiker)], von L. Brocq. (Paris méd., 1927, Nr. 3, S. 59—63.) Das Ekzem kann nicht als wohldefinierte Krankheit mit bestimmter Ätiologie aufgefaßt werden, sondern als eine gewissen Personen eigentümliche Art der Hautreaktion, die bei ihnen auf verschiedene Einflüsse hin zustande kommt. Die innere Behandlung muß auf Fernhalten aller toxischen Stoffe und Regelung der gesamten Lebensweise hinarbeiten. Die Besprechung der äußerlich anzuwendenden Maßnahmen bietet nichts für den Dermatologen Bemerkenswertes. E. Levin-Berlin.

Die Autoserotherapie des chronischen Ekzems, von Bortolotti. (Wratschebnoje Delo, 1927, Nr. 5.) Von 11 Kranken wurden 6 völlig geheilt und 5 gebessert. Da diese Behandlung fast ohne jede lokale und allgemeine Reaktion verläuft, billig ist und verhältnismäßig schnell wirkt, verdient sie, nach dem Verf., Beachtung.

A. Jordan-Moskau.

Psoriasis

Zur Frage der Ätiologie und Pathogenese der Schuppenflechte, von Hintze und Jeremenko. (J. zur Vervollkommnung d. Ärzte, 1927, Nr. 2.) [Russisch]. Beschreibung eines Falles von unilateraler Psor. vulg., welcher den Anlaß geben könnte zur Annahme einer Abhängigkeit des Hautleidens von Störungen des zentralen Nervensystems. Das Auftreten von Psoriasisherden aber an den Stellen der Vakzination, wie auch auf der andern Körperhälfte nach Tuberkulininjektion spricht gegen eine derartige Vermutung. Die Schuppenflechte wird durch einen Komplex verschiedener Ursachen bedingt. A. Jordan-Moskau.

L'emploi des sels d'or pour le traitement du psoriasis (Die Verwendung der Goldsalze bei der Behandlung der Psoriasis), von G. Hufschmidt. (Paris méd., 1927, Nr. 4, S. 91—93.) 12 Fälle, teils mit Triphal (dabei einmal Erythrodermie, einmal leichte Albuminurie), teils mit Sanokrysin behandelt. Es wurde mit schwachen Dosen (Triphal 0,005—0,01 alle 10—14 Tage, Sanokrysin 0,05 alle 8 Tage) begonnen. In den meisten Fällen völliges Schwinden der Erscheinungen, doch läßt sich noch nicht sagen, wie weit es sich um wirkliche Heilung handelt. Der gute Erfolg ist vielleicht in der gleichzeitig oxydierenden und reduzierenden Wirkung zu suchen. E. Levin-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Behandlung progredienter Staphylomykosen, von T. Benedek-Leipzig. (Kl. W., 1927, Nr. 7, S. 312.) Erwiderung auf eine Bemerkung Laewens. Verf. hält L. gegenüber daran fest, daß für die progredienten Staphylomykosen die Riedersche Methode mit seiner Modifikation der Blutabriegelungsmethodik von L. überlegen ist.

E. Langer-Berlin.

Über Eigenblutbehandlung der Furunkulose, von Schirjak. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 4.) Verf. erzielte in 75% seiner Furunkulosefälle, behandelt mit Eigenblut, gute Resultate. Die Einspritzungen wurden jeden 5.—7. Tag gemacht. Es genügten 8—10,0 pro dosi. A. Jordan-Moskau.

Erysipel, Phlegmone usw.

Die wirksame Dosis bei der Quarzlichtbehandlung des Erysipels, von J. Becker, Univ.-Kinderkl. Bonn. (M. m. W., 1927, Nr. 12, S. 497.) Bei Erysipel gibt Verf. eine kräftige Erythemdosis (Dosimeter nach Keller); Bestrahlung der Haut bis etwa 4 cm

Digitized by Google

ins Gesunde hinein mit $1^1/_2$ Erythemdosis. In einem Falle von schwerem Kopf- und Gesichtserysipel kam die Lokalerkrankung sofort zum Stillstand an den bestrahlten Stellen; an dem von der Strahlung nicht erreichten Bezirk hinter dem Ohr Fortschreiten des Erysipels, das durch einmalige gleichartige Bestrahlung sofort zum Stillstand kam. In einem weiteren Falle gleichfalls guter Erfolg. — Wenn ein Dosimeter nicht vorhanden ist, wird für einen guten Brenner und 100 cm Abstand Bestrahlungsdauer von 9 bis 12 Minuten empfohlen. M. Cohn-Dresden.

Tropische Krankheiten

Leishmaniose cutanée primitive expérimentale de la souris blanche (Experimentelle primäre Haut-Leishmaniose bei der weißen Maus), von L. Parrot und A. Donatien. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 7, S. 448—449.) Einspritzungen einiger Tropfen einer Kultur von Leishmania tropica in die Haut des Schwanzes weißer Mäuse bewirkten nach kurzer Zeit auftretende kleine Knötchen, in denen Leishmania vom 8.—10. Tage ab reichlich nachweisbar waren. Aus ihnen entwickelten sich mit Krusten bedeckte Ulzerationen wie bei Orientbeule. In einzelnen Fällen kam es zu trockener Gangrän mit Spontanamputation des Schwanzes. Die Tiere behielten bis zu 15 Monaten einen guten Allgemeinzustand, wurden dann kachektisch und gingen an sekundärer bakterieller Infektion zugrunde. Auch mit dem Serum von den Geschwüren einer schon infizierten Maus waren dieselben Erscheinungen hervorzurufen.
E. Levin-Berlin.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Dermatomyositis. Report of Case (Fall von Dermatomyositis), von J. S. Mc. Lester-Birmingham. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 87, Nr. 24, S. 1990.) Beschreibung eines typischen Falles von Dermatomyositis, gekennzeichnet durch eine starke allgemeine Dermatitis mit sehr schmerzhafter Schwellung der Muskulatur, hauptsächlich der Arme und Beine, mit geringer Kontrakturbildung. Ursächlich kommen eine kurz vorher überstandene Angina und ferner eine vorangegangene Arsenmedikation in Betracht, die nach Ablauf des Krankheitsbildes zu Hyperkeratose führte. Am Schluß geht Verf. noch kurz auf die Annahme von Smith ein, daß die Erkrankung eine Sakrosporidieninfektion durch krankes Fleisch ist. B. Peiser-Berlin.

Haut und Stoffwechsel

Sur le xanthome. Histophysiologie, pathogénie et indications de traitement (Über Xanthom. Histophysiologie, Pathogenese und Indikationen der Behandlung), von Louste. (Paris méd., 1927, Nr. 3, S. 64—69.) Überblick über die verschiedenen Erscheinungsformen, die Histologie, Histophysiologie mit Theorien über die Herkunft des Cholesterins und die Rolle der Zellen der Haut, Pathogenese in bezug auf die verschiedenen zugrunde liegenden Stoffwechselstörungen, Behandlung (Insulin, Salvarsan).
E. Levin-Berlin.

Pigment

Sur les pigments (Über Pigmente), von L. Binet. (Paris méd., 1927, Nr. 25, S. 388.) Unter „Pigment" im weitesten Sinne will der Verf. alle farbigen Substanzen verstehen, die vom lebenden Organismus, Pflanze oder Tier gebildet werden. Sie sind einzuteilen in endogene, von dem Organismus selbst gebildete und exogene, von einem fremden Organismus stammende Stoffwechselprodukte, die der neue Organismus modifizieren kann. Endogene Pigmente sind bei dem Abbau der Eiweißstoffe entstanden, die Melanine endozellulär durch Fermentwirkung, aufgebaut aus Aminosäuren, die Tyrosin enthalten. Das Ferment ist entweder eine Tyrosinase oder eine einfache Peroxydase (Bloch, Dopa). Die Melanine sind meist schwefelhaltig, nach Tonnet kann in pathologischen Fällen bei einer Störung im Schwefelstoffwechsel die Haut mit Melanin überladen werden. Die Chromolipoide, die auch zu den endogenen Pigmenten zu rechnen sind, entstehen endozellulär durch Oxydation von Lipoiden. Sie sind im Testikel, Ovarium, in der Nebennierenrinde und in der Nervensubstanz zu finden. Der Typus der exogenen Pigmente ist das Karotin, ein Kohlenwasserstoff (C 40 und H 56) und die Xanthophylle. Nach L. S. Palmer und H. I. Eckles kommen sie als Pigmente (Farbstoffe) im Blut-

Digitized by Google

plasma der Säugetiere vor und bedingen auch die gelbe Farbe. Durch ihre Lösbarkeit findet man sie, besonders unter pathologischen Verhältnissen, in Fettablagerungen und in den Lipoiden der Drüsenorgane, z. B. Ovarium und Nebennierenrinde. Die Farbstoffe mit einem Tetrapyrrholkern sind vertreten durch das Hämoglobin, die davon abstammenden Gallenfarbstoffe, ferner noch Porphyrin und Hämosiderin. Auch vom physiologischen Standpunkte kann die Trennung in endogene und exogene Pigmente beibehalten werden. Die endogenen sind von der Lebensweise und Ernährung unabhängig und werden durch physikalische Faktoren beeinflußt, umgekehrt die exogenen. Die Bedeutung der Farbstoffe ist entsprechend ihrer Zusammensetzung eine sehr verschiedene. Wenn man sie ihrer Funktion nach einteilen will, so kann man unterscheiden: Pigment zum Sauerstoffwechsel: Vertreter das Hämoglobin; Pigment zur Fixation von Energie: Chlorophyll und Carotin; Pigment als Träger von Ernährungsvorgängen: die Chromolipoide und Porphyrine; Pigment als Ausscheidungsprodukte des Stoffwechsels: Melanine, Guanine, Lipochrome, die wiederum in endo- und exogene Produkte eingeteilt werden können. Endlich noch Pigment als Schutzsubstanz für die Haut gegen Sonnenlicht usw., eine Auffassung, gegen die der Verf. energisch Front macht, indem er in den physikalischen Einflüssen die Ursache einer vermehrten Pigmentexkretion sieht, während uns nichts berechtigt, in der Pigmentanhäufung eine Abwehr des Körpers zu sehen.

E. Meirowsky-Köln.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Untersuchungen über die Beziehungen verschiedener Naevusformen zueinander, von Meirowsky und L. Leven. (Kl. W., 1927, Nr. 12, S. 552.) Verff. wenden sich gegen eine in Nr. 4 der Kl. W. erschienene Arbeit von Siemens. Sie lehnen es ab, einen Unterschied zwischen der Erbbedingtheit der Gesamtnaevi und derjenigen des Einzelnaevus zu machen, da sich die Gesamtheit aus einzelnen zusammensetzt. Es scheint ihnen unerfindlich, daß „der einzelne Naevus nicht erblich sein soll, wenn die Anlage zur Naevusbildung im Keimplasma liegt und erblich ist". E. Langer-Berlin.

An Occupational Swelling (Eine Berufsgeschwulst), von W. H. Ogilvie. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3448, S. 232.) Ein Violinspieler bot in der Gegend des linken Kieferwinkels einen im Laufe von 3—4 Jahren entstandenen Tumor dar. Derselbe war mit der darüberliegenden Haut verwachsen, aber über den darunterliegenden Gebilden frei beweglich und ist als eine fibrös-lipoide Schwellung als Folge des von dem Instrument ausgeübten Druckes auf die Haut zu deuten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beiträge zur Pathogenese und Klinik der Gefäßgeschwülste, von L. A. Andrejew, Chir. Fakultätsklin. Med. Inst. Leningrad. (D. Zschr. Chir., 1927, Bd. 201, H. 5/6, S. 320—331.) Bei einer Kranken mit infantilem Habitus bestand neben mehrfachen Angiomen an verschiedenen Stellen des Körpers eine umfangreiche höckerige Geschwulst des linken Beines, die besonders am Unterschenkel eine derbe, fast knorpelige, stellenweise knöcherne Konsistenz zeigt. Auf Grund des klinischen Bildes und der röntgenologischen und pathologisch-anatomischen Befunde nach der Exartikulation des Gliedes kann bestimmt gesagt werden, daß es sich um eine von einem angeborenen Hämangiom am Knie ausgegangene Gefäßgeschwulst handelte und daß eine isolierte Affektion des ganzen Gefäßsystems (Systemerkrankung) vorlag. In Verbindung mit dem Wachstum der Geschwulst standen zahlreiche sekundäre Erscheinungen (Schmerzen, Hyperidrosis, Hypertrichosis, Hauthyperästhesien, Elephantiasis, Veränderungen am Skelett und anderen Geweben). Die stärkere Blutfüllung ruft beschleunigtes Wachstum hervor (Knochenverlängerung, Wucherung von Fett und Bindegewebe, Entwicklung der glatten Muskeln usw.). Nervöse und trophische Erscheinungen stehen im Vordergrunde. Als äußerst seltenes Vorkommnis kam in dem Falle noch die Anwesenheit multipler voll entwickelter Knochenteile in der Geschwulst hinzu, die nach Anordnung und Struktur an Myositis ossificans erinnerten. E. Levin-Berlin.

Regressive Störungen und Atrophien

Maladie de Recklinghausen avec tumeur royale particulière (hypertrophie totale d'un membre) (Recklinghausensche Krankheit mit eigenartiger umfangreicher Geschwulstbildung [Hypertrophie des gesamten Beines]), von M. Dechaume. Paris méd., 1927, Nr. 2, S. 43—46.) Neben zahlreichen kleinen Geschwülsten und Pigmentierungen fand sich am oberen Rande des rechten Jochbogens eine weit herabhängende Geschwulst,

Digitized by Google

die den Eindruck eines plexiformen Neuroms machte, sich jedoch bei der Untersuchung nach Exstirpation als Neurofibrom erwies. Außerdem erschien das linke Bein länger und dicker als das rechte; es beruhte dies auf einer Hypertrophie, die alle Teile des Beines, auch das Knochensystem, betraf. E. Levin-Berlin.

Das Krankheitsbild des Skleroedema (Skleremia) adultorum (Buschke) (Ein neuer Fall nach Grippe), von E. Hofmann, Dermatol. Univ.-Klin. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1927, Nr. 11, S. 392—393.) Die Fälle kommen, wie auch der hier beschriebene, wesentlich beim weiblichen Geschlecht vor und schließen sich meist an eine Infektionskrankheit, besonders Grippe, an. Dieser folgten hier die Hauterscheinungen erst nach $^1/_4$ Jahr. Ein charakteristisches Frühsymptom ist die Schmerzhaftigkeit von Ober- und Unterlippe. Gewöhnlich tritt bei der Erkrankung nach verhältnismäßig kurzer Zeit wesentliche Besserung und schließlich Heilung ein, während bei der allgemeinen Sklerodermie — die zirkumskripte gibt zu Verwechslungen keinen Anlaß — sich über kurz oder lang Atrophie und Pigmentation einstellen. Die Bezeichnung Sklerödem ist nicht richtig, da ein eigentliches Ödem nicht besteht, vielmehr eine elfenbeinharte Konsistenz der Haut, daher besser Skleremia. Ein Teil der bei Säuglingen verhältnismäßig schnell und günstig verlaufenden Fälle von Sklerodermie dürfte mit dem Sklerödema adultorum systematisch zu vereinigen sein. E. Levin-Berlin.

Scars. A New Triple Technic for Reducing Disfiguring Cicatrices to a Degree of Invisibility Amounting to Practical Removal (Narben. Neues kombiniertes Verfahren zum Entfernen entstellender Narben bis zu einem Grad der Unsichtbarkeit, der praktisch einem Verschwinden gleichkommt), von J. F. Grattan-New York. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 9, S. 638.) Exzision der alten Narbe, dabei genaues subkutanes Vernähen der Wundränder mit zelloidin-getränkter Seide in fortlaufender Naht. Am 10.—12. Tage Entfernen der Seide, am 14. Tag Beginn der Röntgenbestrahlung mit $^1/_2$ HED, ungefiltert, 7 Tage später $^1/_4$ HED ebenfalls ungefiltert, nach weiteren 7 Tagen wieder $^1/_4$ HED, dann nach 14tägiger Pause $^1/_2$ HED unter 1 mm Al, 10 Tage später $^1/_4$ HED, 2 mm Al, wieder 7 Tage später $^1/_4$ HED, ungefiltert. Nach 1 Monat werden alle irgendwie das Hautniveau überragenden Partien zuerst mit reiner Trichloressigsäure geätzt, nach Abstoßung des Schorfes mit 50%iger Säure, zuletzt wird mit 10%iger Säure „nachgeglättet". In 7 Jahren über 1000 Fälle mit gutem Erfolge behandelt. W. Curth-Berlin.

Forme nouvelle érythémato-squameuse et fissuraire des acrodermatites d'Hallopeau (Neue erythematös-schuppende, mit Fissuren verbundene Form der Akrodermatitis Hallopeau), von Gougerot. (Paris méd., 1927, Nr. 3, S. 69—72.) Diese Formen kommen rein und als Übergänge von der klassischen, vesikulös-pustulösen (supparativen) Form vor. Auch abgeschwächte Formen finden sich erst periodisch, dann dauernd. Die Natur dieser Akrodermatitiden ist noch unklar. Eine große Zahl von Affektionen ist mit ihnen in Beziehung gebracht worden, ohne daß bisher eine Klarheit geschaffen wäre. Therapeutisch scheint nur Röntgenbehandlung wirksam zu sein, die allerdings auch nicht vor Rückfällen schützt. E. Levin-Berlin.

Maligne Neubildungen

Un nouveau cas de cancer expérimental sous l'influence du goudron soumis à l'action d'un courant électrique (Méthode de Kotzareff) (Ein neuer Fall von unter dem Einflusse des der Wirkung des elektrischen Stromes unterworfenen Teers experimentell erzeugtem Krebs [Methode von Kotzareff]), von L. Simões-Raposo und Cordato de Noronha. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 12, S. 877—878.) Teeröl wird der Einwirkung eines konstanten elektrischen Stromes von 220 Volt 10 Minuten bzw. 1 Stunde lang ausgesetzt. Sodann wird die Innenfläche des Kaninchenohres am ersten Tage fünfmal in Pausen von 2 Stunden mit dem eine Stunde lang dem elektrischen Strom ausgesetzten Teer, an den folgenden je einmal mit dem 10 Minuten lang vorbereiteten Teer gepinselt. Bei der Verwendung von gewaschenem Teer der Gasanstalt fanden sich danach stärkere Hyperplasien und Hyperkeratosen als bei dem besser gewaschenen aus der Apotheke. Dagegen entstand bei einem mit nicht gewaschenem Teer aus den horizontalen Retorten der Gasanstalt behandelten Kaninchen im Nacken, an einer nicht gepinselten Stelle, auf die der Teer auch höchstens sehr selten übergelaufen sein konnte, ein ganz kleines Papillom 12 Tage nach der ersten Pinselung, das 9 Tage später das charakteristische Aussehen eines schon gut entwickelten Kankroids darbot. An der gepinselten Haut des Ohres zu gleicher Zeit nur eine ausgesprochene

Digitized by Google

Hyperplasie der Follikel und eine intensive Hyperkeratose. Die Methode ist geeignet, in sehr kurzer Zeit Krebs zu erzeugen. Nach der verschiedenen Wirkung der verschiedenen Teere könnte man daran denken, daß durch die Waschung von dem Teer die krebserzeugenden Substanzen getrennt werden, auf die der elektrische Strom einwirkt.
E. Levin-Berlin.

A Lecture on Mule-Spinners' Cancer; Clinical Features and Treatment (Ein Vortrag über den Krebs der Mule-Spinnmaschinenarbeiter; klinische Erscheinungen und Therapie), von A. H. Southam-Manchester. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3451, S. 366.) Erst im Jahre 1922 ist in England dem Auftreten einer besonderen Form von Krebs bei den an den Mule-Maschinen in den Baumwollenfabriken beschäftigten Arbeitern eingehendere Beachtung geschenkt worden. Als ätiologischer Faktor wird die Einwirkung der dabei verwendeten Öle mineralischer Herkunft beschuldigt. Das Leiden stellt ein Epitheliom der Haut dar und entwickelt sich bei $^3/_4$ der Fälle am Skrotum lokalisiert, als erbsengroßer, warzenartiger oder papelartiger Auswuchs, der mit Schuppen bedeckt ist und durch Jucken auffällt. Im Laufe von 6—12 Monaten pflegt die Läsion unter gangränöser Abstoßung der Oberfläche und Geschwürsbildung bis zu Markstückgröße auszuwachsen und blumenkohlartig zu wuchern. In einigen Fällen hat man das Leiden am Kopf, dem Hals und den Vorderarmen beobachtet. Zur Behandlung kommt nach bisherigen Erfahrungen nur die chirurgische Entfernung in Betracht, wobei auch auf gründliche Entfernung der Drüsen und Lymphbahnen in der Leistengegend besonderes Gewicht zu legen ist.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

The Rationale of Radiotherapy in Hodgkin's Disease and Lymphosarcoma (Die leitenden Gesichtspunkte bei der Strahlentherapie der Hodgkinschen Krankheit und des Lymphosarkoms), von A. U. Desjardins-Rochester. (Am. J. of Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 2, S. 232.) Man soll die Behandlung mit mittelharten Strahlen von 135 bis 140 kV beginnen und Radium sowie hartgefilterte Strahlen von 200 kV erst dann anwenden, wenn die Lymphome und Tumoren mit der Zeit strahlenunempfindlich werden. Die Behandlung soll sich nicht auf die Bestrahlung der Gegenden beschränken, an denen Lymphome palpabel sind, sondern von vornherein die mediastinalen und tieferen paravertebralen Lymphknoten mit einschließen. In der Regel ist das Leiden generalisierter, als es nach den sichtbaren Schwellungen den Anschein hat. Ausführliche Wiedergaben der Krankengeschichten von 2 Lymphosarkomen, einem Fall von Mediastinaltumor und einer Lymphogranulomatose.
H. Holthusen-Hamburg.

Sarkom der Haut und Granuloma fungoides d'emblée, von J. H. Nienhuis-Groningen. (Ztschr. f. Krebsforschung, 1927, Bd. 24, H. 5, S. 450.) Klinisch besteht zwischen einem Hautsarkom und einem Granuloma fungoides kein großer Unterschied, während die Gewebsveränderungen gänzlich verschieden sind, und zwar ist der Hauptunterschied in dem beim Hautsarkom viel monotoneren Zellbild zu sehen.
D. M. Loewenstein-Bad-Nauheim.

Mund und Nase

Certain Benign Tumors of the Oral Cavity (Einige benigne Tumoren der Mundhöhle), von F. M. Johnson. (Am. J. of Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 1, S. 93.) Die Mund-, Zungen- und Kehlkopfpapillome sprechen gut auf Radiumbehandlung an. Im Mund wird sie mit gefilterten und ungefilterten Emanationsröhrchen, die in plastische Masse eingebettet sind, ausgeführt, am Kehlkopf durch kombinierte Behandlung von ungefilterten Röhrchen innen und stark gefilterten Röhrchen außen vorgenommen. Bei den Angiomen kann die Radiumbehandlung mit ungefilterten Röhrchen in Fällen wirksam sein, welche operativer Behandlung schwer zugänglich sind. (Mitteilung eines Falles mit Sitz des Angioms im Gaumen). Weiter wird die Symptomatik und Behandlung bei Fibromen, Epulis und Mischgeschwülsten besprochen. Bei letzteren ist die Enukleation in der Regel leichter ausführbar als die Strahlenbehandlung. Bei der Radiumbehandlung (mit gefilterten oder ungefilterten Röhrchen) ist festzustellen, daß die mesodermalen Gewebsanteile weniger gut ansprechen.
H. Holthusen-Hamburg.

Carcinoma of the Mouth: Types and Degrees of Malignancy (Mundkarzinom: Typen und Grade der Bösartigkeit), von A. C. Broders-Rochester. (Am. J. of Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 1, S. 90.) Die Epitheliome und Adenokarzinome werden nach dem Grad ihrer Differenzierung vom Verf. in 4 Gruppen eingeteilt. Die Arbeit bringt genaue statistische Angaben über die prozentische Verteilung in die einzelnen Gruppen bei 78 Zungenkarzinomen, 171 Gaumenkarzinomen und je 17 Tonsillar- und Pharynxepitheliomen. Bei seiner besonders ausgesprochenen Wirkung auf undifferenzierte Zellen

Digitized by Google

ist das Radium das Mittel der Wahl in der Behandlung der großen Mehrzahl der sehr malignen Mundkarzinome. H. Holthusen-Hamburg.

Experimentelle Untersuchungen über die Möglichkeit der Übertragung der Maul- und Klauenseuche durch Fliegen, von G. Kunike. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 1/3, S. 68.) Fliegen sind keine spezifischen Zwischenwirte des mutmaßlichen Erregers der Maul- und Klauenseuche. Sie sind nur zeitweilige Infektionsträger. Das Virus bleibt auf ihrem Körper bis zu 48 Stunden, im Darmkanal bis zu 18 Stunden, im Stechrüssel noch kürzere Zeit infektiös. Eine Stich- oder Defäkationsübertragung wurde weder nach Aufnahme vollvirulenter Lymphe noch nach Saugen von Meerschweinchenblut während der Inkubationszeit beobachtet. Quantitative Verhältnisse spielen bei der Übertragung eine gewisse Rolle, insofern als erst das an 300 Beinen und 500 Rüsseln haftende Virus die Krankheit zu übertragen vermochte. In der Praxis ist sicherlich auch der verschiedene Grad der Virulenz von größter Bedeutung.

F. Harry-Wiesbaden.

The Chemotherapy of Gingivitis (Die Chemotherapie der Gingivitis), von J. A. Kolmer-Philadelphia. (Dental Cosmos April 1926.) Eingehende Untersuchungen über die bakterizide Kraft von verschiedenen Chemikalien zur Behandlung der Zahnfleischentzündung und damit in Verbindung stehenden Affektionen, wie Pyorrhoea alveolaris, Periodontitis usw. Neben der bakteriziden Fähigkeit der anzuwendenden Chemikalien wurde auch Rücksicht darauf genommen, daß dieselben nicht etwa mit vorhandenen Zahnplomben zur Bildung von Amalgamen Anlaß gaben und sich auch mit einer gleichzeitigen inneren Behandlung vertrugen. Von diesem Gesichtspunkte aus hat Kolmer Sublimat, Mercurophen (Oxy-Hydrargyrum-ortho-Nitrophenolnatrium), Metaphen (4-Nitro-3,5-Bisacetoxy-mercuri-2-cresol), Mercurochrom (das Di-Natriumsalz von Dibromo-oxymercuri-fluorescin), Jodtinktur, Silbernitrat usw. geprüft. Die größte bakterizide Fähigkeit fand sich bei den beiden Quecksilberpräparaten Mercurophen und Metaphen sowie bei Sublimat und Gentianaviolett. In weiteren Tabellen zeigt Verf. bakterizide Kraft bei Gegenwart von Gewebsproteinen, die größtmöglichen noch wirksamen Verdünnungen von Merkurophen und von Sublimat; ferner einige vergleichenden Untersuchungen der Literatur über die keimtötende Kraft verschiedener Arsenverbindungen und anderer Chemikalien, die Wirkung in vitro von Neosalvarsan, Salvarsan usw. auf Spirochäten; die trypanozide Wirksamkeit dieser Mittel (gegenüber Rattenblut, das Tr. equiperdum enthielt); die Beeinflussung von Trichophyton rosaceum und Mikrosporon Audouini und schließlich die Verträglichkeit von Mercurophen, Metaphen, Tartarus emeticus, Salvarsan und Neosalvarsan bei gleichzeitiger Verwendung von Butyn und von Procain. Letzteres Anästhetikum scheint bei Verwendung von Metaphen und Salvarsan vorzuziehen zu sein. Für die praktische therapeutische Anwendung ist zu betonen, daß es vor allem darauf ankommt, die keimtötenden Mittel längere Zeit hindurch einwirken zu lassen. Ein gutes Mundwasser wird hergestellt durch Auflösung von 0,3 Salvarsan (Arsphenamin) in 15 ccm heißem Wasser und Zusatz von 15,0 Glyzerin. Ferner: R. Metaphen 0,1 g n/1 Sol. natr. hydroxyd. 4,9 ccm Aq. menth.-pip. 96,0 oder R. Mercurophen 0,1 Aq. menth.-pip-100,0. Auch ist der Zusatz von Merkurophen oder Metaphen (0.5) zu 100 g einer gewöhnlichen Zahnpaste empfehlenswert. Diese Paste kann mit der Fingerkuppe auf das Zahnfleisch eingerieben werden und nach einer Pause von 1—2 Minuten mit der weichen Zahnbürste und warmem Wasser wieder entfernt werden. Von der intravenösen Therapie bei Gingivitis hat K. nicht viel Erfolg gesehen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

An dem 15. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, der vom 5. bis 7. Sept. 1927 in Bonn stattfindet, können auch Nichtmitglieder aus dem In- und Ausland als Gäste teilnehmen. Am 8. Sept. sind die Kongreßteilnehmer zum Besuch der Stadt eingeladen. Anfragen sind an Prof. Hoffmann-Bonn, Hautklinik, zu richten. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 26 (Bd. 84) 25. Juni 1927

Aus dem Anatomischen Institut der Hamburgischen Universität

Erbkunde der Haut[1])

Von

Heinrich Poll

Mit 1 Abbildung im Text

Die Aufgabe des Erbforschers vor einem Forum fachärztlicher Sachverständiger eines bestimmten medizinischen Einzelgebietes kann nicht darin gipfeln, vorzutragen, was in jedem Lehrbuch der Vererbungslehre an Angaben über Erblichkeit der Hautkrankheiten verzeichnet steht. Ebensowenig erscheint eine Aufzählung der in der dermatologischen Literatur neu beschriebenen Anomalien und krankhaften Veränderungen des Integuments angebracht, die man als familiär gehäuft oder als erblich übertragen erkannt hat. Überdies ist an sich ein solches Verfahren nicht von dauerndem Werte, während die Forschung an der Hand neu gewonnener Methoden und neuer Versuchsergebnisse sich in raschem Zeitmaß fortentwickelt.

So erblickt die Erbbiologie vielmehr den Einzelwissenschaften gegenüber ihre Aufgabe darin, als erstes: neue Arbeitsmethoden zu erläutern und möglichst scharf umrissen darzustellen; denn gar leicht entsteht bei dem Übergang vom Laboratorium in die Praxis die Gefahr, daß selbst bewährte Methoden, ohne die nötigen Vorsichtsmaßregeln angewandt, zu überaus merkwürdigen Ergebnissen führen. Die angewandte Erbkunde leidet ganz allgemein an der Verwendung oft allzu primitiver Verfahren oder der Vergröberung der feinen Erbmethoden, die in einem solchen Falle natürlich nur wenig leisten können. Enttäuschungen können bei solchem Vorgehen nicht ausbleiben. Die Unmöglichkeit des planmäßigen Versuches beim Menschen macht es bei einer Darstellung, wie sie hier beabsichtigt ist, nötig, die Lücken des beim Menschen Erkannten nach allgemeinen biologischen Gesichtspunkten durch Untersuchungen an anderen Organismen zu ergänzen. Wissen wir doch, und zwar gerade beim Integument, auf das allersicherste, daß in weiten Kreisen der Lebewelt, vor allen Dingen natürlich unter den Tieren, außerordentlich viele Übereinstimmungen in dem Modus der Erbgänge bestehen. Der Albinismus zeigt z. B. bis in das Pflanzenreich hinunter in seinem Erbverhalten weitgehend gleichartiges Erbverhalten.

Aus dieser Sachlage entwickelt sich als ein zweites zwangsläufig die Verpflichtung, den allgemeinen Stand der Erblehre an Beispielen gewählt aus dem Gebiete der allgemeinen Hautdecke dem Facharzte vorzulegen: und zwar im weitesten Sinne des Wortes, ob es sich nun um das Integument von Pflanze, Tier oder Mensch handelt. Gerade die Haut mit ihren außerordentlich vielfältigen biologischen Aufgaben, als Grenze gegen und als Brücke zur Außenwelt, bietet sich wie kein anderes Organsystem auch wegen ihrer allgemeinen Zugänglichkeit und Untersuchbarkeit für die deskriptive, vergleichende und experimentelle Erbforschung als ein überaus günstiges und infolgedessen auch sehr beliebtes Studienobjekt dar.

Den Inhalt der folgenden Auseinandersetzungen bilde also eine kursorische Übersicht des augenblicklichen Standes unserer Kenntnis der verschiedenen Erbgänge „more dermatologico demonstrata". Damit aber das systematische Interesse nicht gar zu kurz komme, füge ich ein Verzeichnis der in der Vererbungsliteratur beschriebenen Fälle aus

[1]) Vortrag gehalten in der Sitzung der Dermatol. Gesellschaft von Hamburg-Altona am 11. Nov. 1926.

Digitized by Google

der menschlichen Dermatologie ein, eine Liste, die auf Vollständigkeit keinen Anspruch macht, für deren Ergänzung ich aber jederzeit außerordentlich dankbar wäre.

Erwünschtes Nebenergebnis solcher Darstellung mögen die Hinweise auf die gedanklichen Grundlagen der Erblehre liefern, die ja heute weiteren Kreisen durch die Kenntnis der Mendel-Regeln wohl vertraut, doch im einzelnen eine schärfere Fassung wohl vertragen dürften. So mag gleich zu Beginn nachdrücklich darauf verwiesen werden: daß „normal" im Sinne der folgenden Erbörterungen im wesentlichen das Fehlen von Anomalien oder krankhafter Anlagen oder Veränderungen bedeutet. Im allgemeinen aber läßt sich dieser Satz nicht umkehren.

Der Begriff „Vererbung" läßt sich am besten genauer fassen, wenn man ihn historisch betrachtet. Er knüpft ganz und gar an den Typus der unmittelbaren Erbübertragung von einem Elter auf das Kind, wie das bei der direkten dominanten Vererbung in zahllosen Fällen der Dermatologie beobachtet wird. Allbekannt ist das Verhalten des Keratoma palmare et plantare hereditarium. Letztlich hat ein italienischer Autor — Mori — einen besonders schönen Fall von Vererbung des Kraushaares gegenüber dem Schlichthaar durch viele Generationen hindurch beobachtet. In der Liste finden Sie eine ganze Anzahl mehr oder weniger sicherer Fälle unter der Spalte „Erbgang dominant" verzeichnet.

Vererbung von Hautkrankheiten

Erbgang dominant	Erbgang rezessiv	Erbgang geschlechtsgebunden-rezessiv	Erbliche Disposition
Albinismus localisatus (z. B. weiße Haarlocke)	Albinismus universalis	Anidrosis	Ekzem (exsudative Diathese)
Neurofibromatosis	Xeroderma pigmentosum	Hypotrichosis (einzelne Fälle)	Seborrhoe
Tuberöse Sklerose	Epidermolysis dystrophica		Acne vulgaris
Naevi pigmentosi	Ichthyosis fetalis (= Keratosis universalis)		Rosazea
Naevi vasculosi	Hypotrichosis (einzelne Fälle)		Psoriasis
Xanthomatotis	Sklerodermie		Lichen ruber
Epheliden	Akanthosis		Keloidbildungen
Quincksches Ödem			Glatzenbildung
erblich chronisches Ödem der Beine		Erbgang ungeklärt:	Sonnendermatitis
Epidermolysis bullosa traumatica			Urtikaria
Hyperidrosis manuum et pedum		Erythema exsudativum	
Keratoma hereditorium		Erythema multiforme	
Ichthyosis vulgaris		Anonychie	
Keratosis (Lichen) pilaris		Brüchigkeit der Nägel	
Hypertrichosis (Alopezie)			
Weichheit und Kleinheit der Nägel			
Hyperkeratosis unguium			
Leukonychie			
Onychogryphosis			
Atheromatosis			
Dermatitis herpetiformis			
erbliche Trommelschlägelfinger			
Porokeratosis			
Monilitrichosis			

Die Erbkunde symbolisiert ein solches Geschehen etwa durch folgende formelhafte Darstellung: sei A die Erbeinheit, deren Vorhandensein im Keimplasma bedingt, daß unter bestimmten Umständen ein bestimmtes normales oder anormales Merkmal an dem Trägerlebewesen zur Entwicklung gelangt, so lautet die Formel für jeden Organismus, dem dieses Merkmal fehlt: aa. Die Merkmalträger können versinnlicht werden durch die beiden Formeln AA oder Aa, wobei unsere Untersuchungsmittel sehr häufig nicht

Digitized by Google

ausreichen, um die beiden Zustände, die wir am besten als Reinerbigkeit und Mischerbigkeit bezeichen, voneinander zu unterscheiden. Es ist mit die wichtigste Zukunftsaufgabe der Erbkunde, in der menschlichen Erbkunde im besonderen, die Diagnostik der Mischerbigen oder Heterozygoten — Aa — gegenüber den Reinerbigen oder Homozygoten — AA — auszubilden. Dabei kommt uns die Tatsache zu Hilfe, daß es wohl nur in den allerseltensten Fällen eine ganz vollkommene Dominanz, d. h. völlige Identität: AA = Aa gibt. Je mehr sich der Blick des Untersuchers schärft, desto häufiger werden die Fälle, in denen die Ununterscheidbarkeit einer Unterscheidbarkeit Platz macht.

Eines der hübschesten Beispiele solcher Übungsmöglichkeiten kann man sich verschaffen, wenn man die bekannten weich- und langhaarigen Angorarassen unserer Nager z. B. des Kaninchens: vv mit gewöhnlichen Kaninchen VV kreuzt. Die Mischlinge: Vv sehen zuerst ganz wie gewöhnliche schlichtkurzhaarige Kaninchen aus, aber ohne daß man die Sachlage exakt zu fassen imstande wäre, bekommt man allmählich als eine unsichere Art Warenkenntnis ein Gefühl dafür, ob es sich um ein gewöhnliches glatthaariges Kaninchen VV oder um einen Mischling Vv handelt.

Der Nachweis ist analytisch überaus fein und scharf. Eine Anzahl von Bestimmungen ergab die Richtigkeit der Formeln: VV, Vv gewöhnliches Haar, vv Angora mit folgenden Zahlen: berechnet auf Grund der Kreuzungsversuche: 62,5% gewöhnliches Haar, 37,5% Angora; gefunden wurde in den Versuchsreihen 64,2% gewöhnliches Haar, 35,8% Angora. Zu der menschlichen Erbkunde steht die Angorafrage insofern in einer gewissen Beziehung, als die Haardicke als Rassenmerkmal eine Rolle spielt und auch hier sicher genisch bedingt scheint.

Gäbe es in der Erblichkeitslehre keine anderen Fälle als diese, dann würde die historische Begriffsbedeutung, von der wir ausgingen, einfach und durchsichtig zu begründen sein. In Wirklichkeit ist die Sachlage aber eine ganz andere. Und schon die Aufstellung der Frage: Wie sind die Nachkommen zweier glatthaariger Mischlinge beschaffen, die beide als Halbblut-Angora miteinander gepaart werden? stellt die Erbkunde vor eine neue begriffliche Situation.

Ich möchte an einem analogen Fall aus der Chemie zeigen, wie die gedankliche Weiterbildung planmäßig sich entwickeln sollte, leider aber noch nicht in allen Kreisen sich entwickelt hat. Wenn der Chemiker uns nachweist, daß NaCl in Wirklichkeit aus dem metallisch glänzenden Natrium und dem grünlichen, stinkenden Chlorgas besteht, so wundert sich trotzdem kein naturwissenschaftlich Gebildeter heute mehr, daß Kochsalz weder wie ein Metall glänzt, noch, wenn man es auf Wasser wirft, zischend und glühend versprüht; auch nicht darüber, daß es in keiner Weise gasförmig ist oder gar nicht stinkt. Wenn es jahrtausendlang im Steinsalzlager in der Erde liegen bleibt, wenn es durch unzählige lebendige Körper als lebenswichtiges Chlorid hindurchgeht, als Bodensalz wieder Millionen von Jahren fort existiert: so würde man auch nach dieser langen Zeit nicht darüber erstaunen, daß einmal aus diesem NaCl sogar die identischen Chlor- und Natriumatome hervorgehen könnten, die sich ehedem zu diesem Molekül vereinigt hatten.

In der Erbkunde ist es aber an der Tagesordnung, sich darüber zu wundern, daß eine Erbeinheitverbindung in einem neuen Körper nichts, aber auch gar nichts von den Merkmalen der Erzeugergene erkennen läßt. Und wenn es schon, um im Gleichnis zu bleiben, auch sonst nicht an das Chlorgas erinnert, so verlangt man doch, es müßte die Verbindung wenigstens ein bißchen nach Chlorgas stinken. Es ist sehr unbequem zu denken, daß man eine ererbte Anlage, ein Gen, in gar keiner Weise solle nachweisen können, das trotzdem nach vielen Jahrhunderten, nach ganzen Reihen von Generationen unter bestimmten Umständen wieder in voller Tätigkeit in die Erscheinung treten kann. Immer wieder und wieder tritt bei dem „sporadischen" Fall dem Erbforscher die Ansicht — nicht nur von Laien! — entgegen: in unserer Familie ist eine solche Krankheit niemals vorgekommen, das kann also nicht „Vererbung" sein!

Es wird dabei übersehen, daß bei dem Entstehen eines neuen Individuums zwei Erbreaktionen ablaufen, erstens die zwischen den beiden Erbmassen, die die männliche und weibliche Samenzelle im befruchteten Ei zusammenbringen. Aus einer Reaktion zwischen zwei Erbeinheiten aufeinander kann ebenso wie aus der Reaktion zweier Atomarten aufeinander sehr leicht etwas entstehen, was weder dem einen noch dem andern Elter zu ähneln braucht: z. B. aus farbloser, albinotischer scheinbarer Reinzucht gefärbte Nachkommen, aus farblosem Phenolphthalein und Kalilauge das schönste Rot. Und die zweite Reaktionserscheinung ist die der neuvereinigten Erbmasse mit den Umweltbedingungen. Es gehört zu dem Entstehen eines jeden Merkmales eine bestimmte

Digitized by Google

Konstellation der Außenbedingungen, wobei das „Außen" so zu verstehen ist, daß alles, was nicht die beiden oder das eine Gen für die betreffende Anlage anbelangt, als „außen" zu betrachten ist, also auch die ganze Menge des übrigen Genenschatzes. Man klärt die begriffliche Seite am besten, indem man diese beiden Reaktionen ganz loslöst von dem überkommenen Ausdruck Vererbung. „Vererbung" soll man im Grunde nur gebrauchen als eine Trivial- oder Banalbezeichnung für eine Reihe von Erscheinungen, die uns in einer bestimmten Hinsicht bei der Fortpflanzung der Organismen interessieren. Solche Alltagenamen besitzen wir für eine ganze Reihe von Wissenschaften, der Ausdruck Chemie oder Physik ist um nichts exakter. Will man aber den wirklichen Inhalt dessen umgrenzen und genau beschreiben, was wir unter exakter Vererbungslehre verstehen wollen, so benutzt man am besten den von dem dänischen Erbforscher Johannsen geschaffenen Ausdruck „Genotypus" und „Phänotypus" und stellt wissenschaftlich-theoretisch die Sachlage etwa in folgender Weise dar: Alle Organismen verdanken ihr gesamtes anatomisches und physiologisches Verhalten im gesunden und nichtgesunden Zustande dem ihnen eigentümlichen Schatze an Genen, den sie von ihren Eltern überkommen haben und der sich bei der Vereinigung der elterlichen Keimzellen zu einem dritten, eben der eigenen Individualität, verbunden hat. Jeder Organismus ist eine genische Verbindung, wie jeder Körper in der leblosen Welt eine oder ein Gemenge mehrer chemischer Verbindungen oder letzten Endes ein System von Elektronen und Protonen darstellt. Genau so wie die Elektronenzusammensetzung oder die atomische Struktur über das Schicksal eines jeden leblosen Substanzteilchens auf der Erde unter allen chemischen oder physikalischen Bedingungen — Druck, Temperatur, chemische Umwelt — einzig und allein und endgültig entscheidet, ebenso wie mit dem Hinschreiben der Formel NaCl über Löslichkeit und Farbe, über Härte und Geschmack usw. des so symbolisierten Körpers entschieden ist; ebenso entscheidet endgültig und eindeutig die genische Zusammensetzung über das Schicksal jedes lebenden Organismus unter allen Bedingungen der Umwelt, mögen diese von belebten oder unbelebten Ursachen beherrscht werden.

Insofern verdient unserere Wissenschaft den Namen der Lehre von den Genen oder der Genik der Organismen, insbesondere der Genik der Menschen. Was aber im einzelnen, aktuell, durch die Entwicklung dieser Anlagen unter den für jeden Genenschatz nur einmal vorhandenen und unwiderruflichen Bedingungen sich tatsächlich entwickelt, das ist eine Frage eben jener gekennzeichneten Umweltbedingungen. Und je nach ihrem Schwanken können außerordentlich verschieden Ergebnisse zum Vorschein kommen, so verschieden, wie dem unbefangenen Beobachter Wasserdampf, tropfbar flüssiges Wasser und Eis erscheinen, die doch auch nur Modifikationen derselben chemischen Verbindung sind. So vermag auch dieselbe genische Verbindung, wenn sie durch einen großen Zufall zweimal zustande kommt, unter ganz verschiedenen Erscheinungsformen sich äußern. Diese aktuelle Modifikation bezeichnet man am besten exakt als die Phänik des Organismus, insbesondere die Phänik des Menschen. Und genisch bedingt heißt dann Richtung und Ausmaß der Modifizierbarkeit jedes einzelnen genisch bedingten phänisch sich äußernden Charakterzuges in einem Lebewesen. Was aber genisch bedingt wird, kommt durch „Vererbung" zustande.

Läutert man die Erblichkeitsvorstellung nach den eben auseinandergesetzten Prinzipien, so verlieren alle Schwierigkeiten der Erblehre an Bedeutung. Das wird am besten klar, wenn wir den zweiten Hauptfall der Erbkunde betrachten.

Ein rezessives Erbmal, wie Sie es am Menschen z. B. beim Albinismus und bei der erblichen Haararmut, bei der Ichthyosis fetalis und der Epidermolysis beobachten, treibt unter Umständen Generationen lang in der Folge der Geschlechter sein Spiel, wenn durch Zufall fortwährend Aa und AA-Formen miteinander gepaart werden. Nichts schützt aber ein solches Geschlecht davor, daß, etwa durch Inzucht, durch eine Blutsverwandtenehe, nach Hunderten von Jahren eine aa-Form mit allen Eigentümlichkeiten des rezessiven Merkmals nach der Gleichung $Aa \times Aa = 1\,AA + 2\,Aa + 1\,aa$ entsteht, der schönste Typus eines sporadischen Vorkommens. Auf diesem Gebiete liegt auch die Erklärung für das dauernde genische Erhaltenbleiben von Vorkommen, die im reinen Erbfalle — aa, wie z. B. beim Xeroderma pigmentosum zur Vernichtung des Trägers der reinerbigen Anlage lange vor der Erreichung des Fortpflanzungsstadiums führen. Sie sterben trotzdem natürlich niemals aus.

Bemerkenswert erscheint, um diesen einfachen Erbgang hiermit abzuschließen, daß phänisch ununterscheidbare gleiche Eigenschaften das eine Mal im dominanten, das andere Mal im rezessiven Erbgang beobachtet werden können. Es steht dem nichts im

Digitized by Google

Wege: genau wie in der Physik die identisch gleiche Farbe, z. B. weiß, d. h. farblos, durch eine Unzahl der verschiedensten chemischen Konstitutionen — Diamant, Bergkristall, Alaun — erzeugt wird, ebenso können eine Anzahl ganz verschiedener genischer Konstitutionen dasselbe Phän erzeugen.

Im allgemeinen zwingt die Praxis den menschlichen Erbforscher, sich bescheiden auf ein Gen, auf sein Verhalten in der Erbfolge und die so entstehenden Merkmale zu beschränken. Das ist ungefähr der Zustand, als ob der Chemiker sich heute nur damit beschäftigen würde, die binären Verbindungen der Atome zu studieren. Selbstverständlich sind die Möglichkeiten unerschöpflich groß, da wir eine Grenze der Kombinierbarkeit der genischen Konstitution heute noch nicht kennen.

Man vermutet, daß bei dem Zustandekommen der verschiedenen Haarformen vom schlichten, glatten bis zum spiralig gedrehten und gewellten Haar zwei Gene eine Rolle spielen, ein Gen C (curvatura) für die Krümmung oder Wellung, und ein Gen S für die spirale Drehung. Glattes Schlichthaar würde sich dann kennzeichnen durch die Formel ccss, d. h. völliges gleichzeitiges Fehlen jeder Wellung C und jeder spiraligen Drehung S. Wir sind selbstverständlich beim Tier in der Lage, solche Fälle von „Dihybridismus" experimentell zu erzeugen. Beim Menschen bedarf es einer sehr genauen genealogischen Analyse, um z. B. in dem als einheitlicher Merkmalcharakter sich kennzeichnenden Haar der Hottentotten (E. Fischer) zwei selbständige Gene auszudeuten.

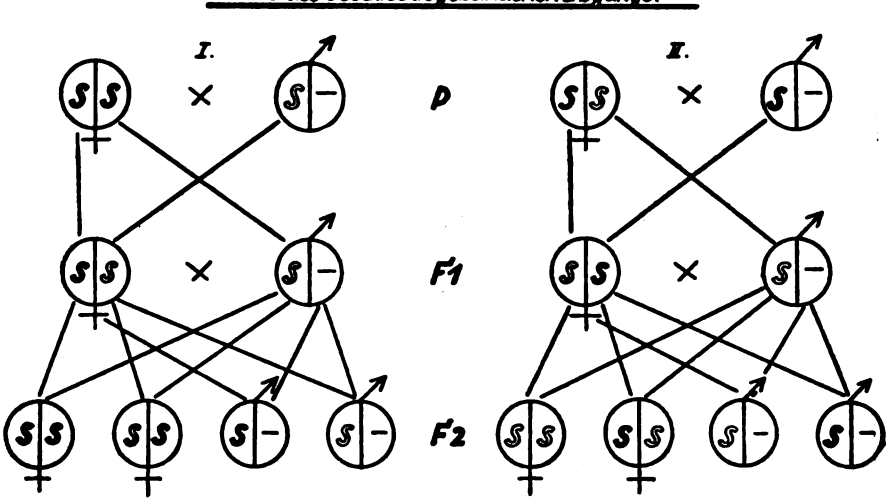


Abb. 1

Das Bedingtsein einer Eigenschaft durch zwei oder mehr Merkmale muß man scharf trennen von der sog. „Koppelung" der Gene: sie macht uns begrifflich in einer Gruppe von besonderen Fällen, der geschlechtsgebundenen Vererbung, in dieser Hinsicht noch am wenigsten Schwierigkeiten. Leider mangelt heute noch ein absolut sicherer Fall in der Lehre von der Haut beim Menschen, der sich der Farbenblindheit oder der Bluterkrankheit, die sich nach diesem Schema vererben, analog erwiesen hätte. Es ist aufs äußerste wichtig, einmal auf einen solch ganz eindeutigen Fall von gutem Analysenwerte zu fahnden. Das einzige was man anführen kann, ist die Anidrosis und Verkrümmung der Zähne und Haare, vielleicht die Hydroa estivalis nach Siemens.

Geschlechtsgebundene Vererbung integumentaler Eigentümlichkeiten beim Tier gehört schon lange zum eisernen Bestande der Erblichkeitslehre: nur darf man in keinem Falle etwa die akzidentellen Geschlechtscharaktere der Haut und ihrer Anhänge mit geschlechtsgebundenen Merkmalen verwechseln. Beobachtungen z. B. an Insekten wie dem Stachelbeerspanner oder der Taufliege zeigen folgendes merkwürdige Verhalten, das man am besten in einem Schema folgendermaßen darstellen kann. Allgemeine Über-

Digitized by Google

einstimmung herrscht darüber, daß bei der Fliege wie beim Menschen das weibliche Geschlecht dadurch bedingt ist, daß zwei Sexualgene: SS im Keimplasma vorhanden sind, das eine rührt vom Samenfaden, das andere vom Ei her. Ein Knabe entsteht dagegen, wenn dem Spermatozon, das das Ei befruchtet, das Sexualgen fehlt. Die Formel für einen Knaben lautet also Ss. Liegt nun im selben Geschlechtschromosom, das wir ja durch die Untersuchungen von KIHARA für den Menschen jetzt auch mikroskopisch kennen, irgend ein anderes Gen, so wird es in der Regel mit dem Sexualgen zusammen auf das Kind übertragen: z. B. die Milchfarbe der integumentalen Schuppen bei der Varietät lacticolor des Stachelbeerspanners, die gelbe Körperfarbe des Integuments bei der Drosophila. Drücken wir dieses Zusammenvorkommen des gelben Pigments mit dem Sexualgen in derselben Koppelungsgruppe (= Chromosom) durch hellen, das normale dunkle Drosophilakleid durch schwarzen Druck des Sexualgensymbols aus, so ergeben sich als Rassenformeln der verschiedenen Tiere folgende Symbole, wenn ein „graues Sexualgen" bereits das Integument zu färben imstande ist (Abb. 1, S. 853).

Diese genische Beschreibung lieferte folgende seltsame erbkundliche Ergebnisse.

I, P. Ein normales graues Weibchen S bekommt mit einem gelben Manne Ss graue Söhne s und graue Töchter S: denn sie legt nur S-Eier, und er produziert nur S-Samenfaden, oder solche ohne Sexualgen, d. h. mit s. Eine graue Tochter aus solcher Paarung S bekommt mit einem grauen Manne s Töchter, die alle grau sind — S oder S — aber Söhne, die zur Hälfte grau — s —, zur Hälfte gelb — Ss — sind. II, F_1. Heiratet sie einen gelben Mann $S + Ss$, so bekommen wir wiederum je zur Hälfte gelbe oder graue Söhne: s und Ss, aber jetzt auch zur Hälfte graue S und gelbe S Töchter. II, P. Paaren wir ein gelbes Weib SS mit einem grauen Mann s, so dreht die Phänik bei den Kindern geradezu um. Das Ergebnis sind nämlich gelbe Söhne Ss und graue Töchter S! So verwirrend diese Resultate auf dem ersten Blick erscheinen, so eindeutig oder klar kann man sie mit Hilfe der Kopplungsvorstellung nachrechnen. Söhne sind immer nur die Träger der in der Sexualkopplungsgruppe vorhandenen Anlagen ihrer Mutter: sie sind in dieser Hinsicht mit ihrem Vater überhaupt nicht verwandt.

Für den naiven Beurteiler bedarf es einer näheren Überlegung, um ein merkmalbehaftetes Männchen und ein merkmalbehaftetes Weibchen schon als zwei verschiedene Rassen zu empfinden. Die Zusammengesetztheit im Phänischen kann aber durch die Mehrfachheit der Kombinationen der Gene noch außerordentlich viel weiter getrieben werden. Genau so wie der Chemiker allmählich dazu kommt, die Atome nach ihrer Wirkungsart auf die Erscheinungsform des Körpers, in den sie eintreten, zu klassifizieren, so unternimmt es auch der Geniker, seine Einheiten nach ihrer Wirkung näher zu beschreiben. Gerade in der Lehre vom Integument sind diese Unterscheidungen sehr weit getrieben worden. Ein Gen kann z. B., wenn es mit anderen kombiniert im Keimplasma auftritt, jedesmal eine Verdünnung einer Farbe bewirken, braun zu hellbraun, schwarz zu dem von dem Züchter bezeichneten Ton blau „verdünnen". Umgekehrt gibt es Verstärkungsgene, die eine helle Farbe in einen dunkleren Ton derselben Farbart überführen, Verteilungsgene, die eine bestimmte Scheckungsart bedingen oder besondere Farbeneffekte dadurch hervorrufen, daß sie die Pigmentkörnchen im einzelnen Haar nicht gleichmäßig auf seine gesamte Länge verteilen, sondern in Form von bestimmten Zonen im Haar ablagern lassen (wildfarben). Noch andere Gene hat man kennengelernt, vielleicht die wichtigsten für die Entstehung der Hautfarbe überhaupt, Gene, die gewissermaßen die Erbvorbedingung dafür liefern, daß überhaupt eine Farbe in einem Fall entsteht, ohne Vorhandensein aller eben genannten Determinationsfaktoren, und wenn sie in noch so großer Zahl vorhanden wären, wirkungslos bleiben müssen; wenn der Grundfaktor für Farbe fehlt, ist das Ergebnis ein Albino, der allerdings Verdichtungs- und Verdünnungsgene, Scheckungsfaktoren usw. enthalten und bei passender Kreuzung wieder in Funktion setzen kann.

Von besonderem Interesse erscheint in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß man in Zusammenhang mit Erblichkeitsstudien in die Chemie der Entstehung der tierischen Farbkörper näher einzudringen begonnen hat (SCHMALFUSS).

Dermatologisch erscheint von ganz besonderer Bedeutung, daß genisch bedingt die Modifikabilität, die Reaktionsfähigkeit der Haut, auf die Bedingungen der Umwelt genannt werden muß. Eine große Anzahl von Erscheinungen in der Hautpathologie, die sich auf abnorme, allergische Reaktionen beziehen, und genisch bedingt erscheinen, finden bei dieser Vorstellung ihren regelrechten Platz.

Digitized by Google

So gibt es auch eine modifikative Erzeugung von Krankheiten und abnormen Zuständen bei bestimmten Genotypen, und zwar wieder ganz gleichläufig bei Krankheiten des Integuments der Pflanzen beginnend, etwa bei der Fleckenbildung der Epidermis, bis zum Menschen hinauf. Es liegt hierin eine Komplikation, die durchaus beachtet werden muß. Es kann nicht nur, wie vorhin hervorgehoben worden ist, dieselbe Erscheinung genisch in verschiedener Weise bedingt, Diamant und Kochsalz gleichfarben, sein, sondern auch bei gleichem Genotypus Verschiedenheit phänisch bedingt — dasselbe Glas einmal durchsichtig, das andere Mal mattiert, undurchlässig — sein.

Um das Gewirr der scheinbar so widersprechenden Erscheinungsformen auch beim Menschen besser zu klären, erscheint es überaus angebracht, die in der Erbliteratur beim zoologischen und botanischen Objekt schon längst üblichen Ausdrücke auch in die menschliche Vererbungslehre scharf definiert zu übernehmen. Hierhin gehört in erster Linie die grundsätzliche Unterscheidung zwischen Epistase und Dominanz. Wenn der Grundfaktor für Farbe und irgend ein Bestimmungsgen für schwarz, blau, braun, im Fall nebeneinander betrachtet werden, so kommt zweifellos dem Grundfaktor eine übergeordnete Stellung zu. Er ist epistatatisch im Gegensatz zu dem hypostatischen, dem Schwarzfaktor, z. B. Dominanz kann stets nur stattfinden in dem Verhältnis zweier Gene des gleichen Genpaares. Genügt ein Gen, um das Merkmal hervorzurufen, so entsteht der dominante Erbgang. Niemals aber kann ein Gen über ein anderes, eines anderen Genpaares, dominierend genannt werden. Denn nie kann durch ihr Zusammenwirken das typische Erbgeschehen hervorgerufen werden: sondern ergibt sich ein ganz anderes Zahlenverhältnis bei der Fortpflanzung.

Zwei Albinokaninchen, deren Albinismus dadurch bedingt ist, daß dem einen der epistastische Grundfaktor für Färbung fehlt, es aber das Gen der Schwarzfärbung enthält, während das zweite darum ungefärbt erscheint, weil es zwar den Grundfaktor für Farbe, nicht aber den Determinationsfaktor für schwarz oder blau oder braun oder irgend einen anderen Fellfarbton enthält, geben miteinander befruchtet eine einförmig schwarze Nachkommenschaft. Denn in allen Kindern treffen je Grundfaktor für Farbe und Farbbestimmer im Keimplasma zusammen: diese Fälle beanspruchen für das Zustandekommen anormaler Anlagen bei Sprößlingen persönlich völlig gesunder, phänisch normaler Ehegatten besondere Beachtung. Ja, es können auch beide Eltern mit Recht „erbgesund", genisch gesund genannt werden: nur die Erbreaktion mit dem anderen führt zu dem trüben Erbergebnis. Diese Auffassung löst eine Fülle von Schwierigkeiten durch die Erkenntnis der Ehe als eines relativen Prozesses.

Beim Menschen ebenfalls noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen, wenigstens in in dem Gebiet der Dermatologie, ist der Fall des multiplen Allelomorphismus. Man hat die Beobachtung gemacht, daß bei den verschiedenen Farbrassen, z. B. des Kaninchens und der anderen daraufhin studierten Nagetiere, einzelne Formen in einem besonders nahen zahlenmäßigen Zusammenhang stehen. Wenn man aus dieser Serie zwei Tiere miteinander kreuzt, entsteht merkwürdigerweise stets eine einheitliche Nachkommenschaft, die bei weiterer Paarung der Mischlinge miteinander immer im Verhältnis 3:1 spaltet. Zur Erläuterung diene eine — abgekürzte — Reihe, wieder aus dem Erbgebiete der Fellfarbe unserer Nager. Jeder kennt sie als Albinos und als gewöhnliche ganzfarbene, z. B. wildfarbig graugelbe Tiere. Weniger bekannt ist Chinchilla, ein zartes tatsächlich dem südamerikanischen Pelztiere ähnliches Farbkleid; und noch auffallender das „Russen"-Muster: an allen gipfelnden Teilen des Körpers, dort, wo der Mensch nach Hypophysenstörung eine Akromegalie zu entwickeln pflegt, ist dieser Kaninchenalbino pechschwarz. Er hat eine Akromelanie (Lenz) an Schnauze und Ohren, Beinen und Schwanz. Als Symbole führen wir ein Albinogen a, Russengen A_1, Chinchillagen A_2, Ganzfarben A_3. Es genügt ein Gen des jeweils höheren Wertes, um die Phänik des Tieres entscheidend zu bestimmen. Dann erhalten wir folgende Tabelle:

Rasse	Genische Konstitution
Albino	aa
Russe	A_1A_1 oder A_1a
Chinchilla . . .	A_2A_2 oder A_2A_1 oder A_2a
Ganzfarben . . .	A_3A_3 oder A_3A_2 oder A_3A_1 oder A_3a

Dann ist zwangsläufig das Ergebnis jeder Kreuzungsanalyse, wenn man die Nachkommen erster Generation zweier Reinerbigen untersucht:

Digitized by Google

$A_1a + A_1a = 1\,A_1A_1 + 2\,A_1a + 1\,aa$ oder 3:1 Russe und Albino;
$A_2A_1 + A_2A_1 = 1\,A_2A_2 + 2\,A_1A_2 + 1\,A_{11}$ oder 3:1 Chinchilla und Russe;
$A_2A_2 + A_2A_2 = 1\,A_2A_2 + A_2A_2 + 1\,A_{22}$ oder 3:1 Ganzfarben und Chinchilla;
$A_2a + A_2a = 1\,A_2A_2 + 2\,A_2a + 1\,aa$ oder 3:1 Chinchilla und Albino usw.

Der Weg der Forschung lief selbstverständlich umgekehrt: Das absonderliche Spalten in 3:1 führte eben zwangsläufig zu der Annahme, es müsse sich um Gene derselben Genart in verschiedener „Masse" handeln. Es ist nahezu sicher, daß einzelne verwickelte, besser scheinbar verwickelte, Erbgänge der menschlichen Haarfarbe, in ganz ähnlicher Weise sich ausdenken lassen werden. Auch Beziehungen wie die zwischen seborrhoischem Ekzem und der Psoriasis liegen in ähnlichen Aufklärungsrichtungen.

Für die menschliche Hautfarbe schon lange in Anspruch genommen, ohne daß aber der exakte Beweis für die Sicherheit geliefert wäre, ist das Prinzip der multiplen Gene, von Nilsson-Ehle zum ersten Male aufgestellt. Die Gene, um die es sich hier handelt, haben die Eigentümlichkeit, daß sie alle gleichsinnig wirken, eines auch nur, das vorhanden ist, bewirkt schon den vollen Farbeffekt, der durch das Vorhandensein von 2,3 oder mehreren von ihnen nicht weiter erheblich verstärkt werden könnte. Man kann infolgedessen Farbrassen, die etwa 4 Gene der gleichen Art, Y_1Y_1, Y_2Y_2, Y_3Y_3, Y_4Y_4, nicht ohne weiteres von solchen unterscheiden, die nur ein Gen kombiniert enthalten. Ungeheuer komplizierte Spaltungen bei der Fortpflanzung sind die Folge. Und das Prinzip der Polymerie bringt besonders in der Art und Weise, wie es heute auf menschliche Mischlinge angewandt wird, die große Gefahr mit sich, daß aus unzulänglichem Material weitgehende Schlüsse gezogen werden. Ein solches Beispiel aus der Tierwelt liefert der „Silber"charakter unserer Pelztiere.

Die Folgerungen, die sich aus einer ausgebauten genischen Analytik für die menschliche Hautforschung ergeben würden, sind geradezu unabsehbar. Wissen wir doch heute schon, daß alle die aus dem Ektoderm entstandenen Teile, Haut, Sinnesorgane und Zentralnervensystem, korrelativ miteinander in enger Verbindung stehen. Kombinierte Erberscheinungen treten schon da und dort bei diesen systematischen Affektionen des Ektoderms deutlich zutage.

Die genisch in ganz hervorragendem Maße bedingten Papillarmuster der Finger sind bei Mißbildungen im Bereiche des Zentralnervensystems anders als bei den normalen Menschen beschaffen. Die Kapillarbilder in der Haut zeigen bei den Kindern in Normalschulen und in Hilfsschulen große Verschiedenheiten. Gleichzeitige Zahn-, Haut-, Haar-, Nägel- und Hirnanomalien sind jedem geläufig (Jaensch). So würde sich die Lehre von den Stigmata, die heute schon einer ganzen Anzahl von Hautreaktionen mit mehr oder weniger Recht als organisch bedingt zugeschrieben werden, mit Hilfe der Genik auf einen festen naturwissenschaftlichen Boden stellen lassen.

Selbstverständlich ist dazu ein außerordentlich viel intensiverer Ausbau der menschlichen Genik, wie auf jedem Spezialgebiet auch auf dem der Dermatologie, notwendig. Die Zwillingsbiologie ist seit 1914 fest in den gedanklichen Rahmen der modernen Erblichkeitslehren eingeordnet worden. Die Bernsteinsche Methode der Populationsstatistik muß planmäßig und von besonders gut in der allgemeinen Erblichkeitslehre ausgebildeten Ärzten verfolgt werden, sonst ist auf einen Erfolg nicht zu rechnen. Es ist nahezu unmöglich, sich heute in ein Gebiet wie das der organischen Chemie nebenbei hineinzuarbeiten; für die meistens ebenso komplizierten Gedankengebilde und experimentelle Methodik der Erblichkeitslehre wird das aber immer und immer wieder versucht. Rätsel der Vererbung, wie das der Scheckung, wie das vorzeitige Altern der Haut, wie die Idiosynkrasien, und eine ganze Anzahl ähnlich gelagerter, sehr umfangreicher Sonderfälle, werden erst dann, dann aber auch sehr leicht, ihre Lösung finden, wenn die menschliche Erbkunde sich vorbehaltlos gedanklich und, soweit das geht, methodologisch auf den Boden einer Phänik und Genik des Menschen stellt.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Bücherbesprechungen

Die Geschlechtskrankheiten. Ärztliche Ratschläge für Männer für Gesunde und Kranke, von Dr. med. Bernstein, Kassel. (Neubearbeitet 1927. Selbstverlag des Verfassers). Die weite Verbreitung, die das vorliegende Merkbüchlein im Laufe vieler Jahre gefunden hat, spricht dafür, daß es zweckentsprechend und mit Verständnis zusammengestellt ist, und der Verf. ist auch mit den Verbesserungen und Erweiterungen der neuen Auflage den Fortschritten der ärztlichen Erkenntnis im allgemeinen gerecht geworden. Wir glauben deshalb, daß wir ihm nicht zu nahetreten, wenn wir trotzdem einige Ausstellungen zum Ausdruck bringen. So haben die Geschlechtskrankheiten ihren Sitz nicht nur an den Geschlechtsorganen, sondern wie Verf. an späterer Stelle selbst bei der Übertragung der Syphilis erwähnt, auch an anderen Stellen des Körpers; es ist auch nicht richtig, daß zur Übertragung der Syphilis eine offene kranke Stelle (im Sinne des Laien) vorhanden sein muß. Bezüglich des Trippers könnte noch mehr hervorgehoben werden, daß die örtlichen Einspritzungen der direkten Anleitung durch den Arzt bedürfen, und daß auch nach Abschluß der eigentlichen Behandlung eine wiederholte Nachuntersuchung erforderlich ist. Ist schon das ziemlich weitgehende Eingehen auf die Komplikationen nötig, so dürfen neben der Vorsteherdrüse die Samenblasen nicht vergessen werden; ob wirklich für Nervenschwäche und die Schwächung der Manneskraft die erstere (und nicht vielmehr die Erkrankung des Kollikulus) die maßgebende Rolle spielt, ist Sache der Anschauung. Bei der großen Neigung der Pat., nach abgelaufenem Tripper alle möglichen Beschwerden auf die Vorsteherdrüse zu schieben, besteht in der hier gegebenen Darstellung eine gewisse Gefahr, der Züchtung von Sexualhypochondern Vorschub zu leisten. Das ist auch der Fall bei Besprechung der WR, deren positiver Ausfall in späteren Jahren vielleicht doch nicht immer so eindeutig das Fortbestehen der Krankheit anzeigt, wohl aber geeignet ist, den Kranken zum unheilbaren Syphilophoben zu machen; deshalb muß eindringlicher darauf hingewiesen werden, daß Anstellung und Beurteilung der WR unbedingt dem Arzte vorbehalten bleiben muß. Andererseits könnte in dem Satze auf Seite 13, daß mit Schwinden der Erscheinungen die Krankheit gewöhnlich noch nicht geheilt ist, das Wort „gewöhnlich" ruhig fortfallen; daß bei ungenügender Behandlung sich in den ersten Jahren die Erscheinungen mehrfach wiederholen, ist, wir möchten sagen: leider nicht der Fall, denn diese Rezidivfreiheit (die bei den heutigen Behandlungsmethoden im Gegensatz zu der Quecksilberära eine viel häufigere ist) bedingt ja gerade dadurch, daß sie dem Kranken als Heilung imponiert und ihm weitere Behandlungen unnötig erscheinen läßt, die Gefahren der Späterkrankungen. Den Begriff der Erbsyphilis bitten wir dringend durch den der angeborenen Syphilis zu ersetzen und dementsprechend auch den Übergang der Krankheit auf die Nachkommenschaft zu erklären; vielleicht wäre es, wenn schon über die Lebensaussichten der Kinder mit angeborener Syphilis gesprochen wird, angebracht, auf die Wichtigkeit der Behandlung der Mutter in der Schwangerschaft (auch bei negativer WR) hinzuweisen. Wir stimmen durchaus mit dem Verf. darin überein, daß auch der Verkehr mit kontrollierten öffentlichen Mädchen stets eine große Gefahr bietet, glauben aber, daß die Beanstandungen der polizeilichen Überwachung und polizeiärztlichen Untersuchung sich an die falsche Adresse richten. Wir glauben, sie nur missen zu können, wenn wir die Gewähr dafür haben, daß andere Einrichtungen gegen die die Hauptquelle der Ansteckungen bildenden Dirnen geschaffen werden, die die von dem Verf. sehr richtig gekennzeichneten Gleichgültigen und Gewissenlosen sowie die wegen fehlender Erscheinungen sich ihrer Krankheit gar nicht Bewußten wirksam erfassen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Die staatliche Prüfung der Salvarsanpräparate und ihre experimentellen Grundlagen, von W. Kolle und F. Leupold, Verlag G. Fischer, Jena 1927. Da eine chemische Prüfung allein nicht ausreicht, uns bei der Herstellung des Salvarsans Präparate zu garantieren, die den auf Grund der experimentellen Forschung an das Salvarsan und seine Derivate gestellten Anforderungen entsprechen, werden die einzelnen Operationsnummern im Georg-Speyer-Haus vor der Abgabe auch biologisch geprüft und dabei ihre Toxizität und ihr Heilwert mit einem Standartsalvarsan verglichen. Diese Prüfung bietet eine gewisse Gewähr dafür, daß nur gleichmäßig zusammengesetzte und einwandfreie Operationsnummern in den Handel gelangen. J. Schumacher-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Talg- und Schweißdrüsen

Eine einfache und sichere Behandlungsmethode für Schweißdrüsenabszesse der Achselhöhle, von W. Müller-Glogau. (Ztschr. f. ärztl. Fortb., 1927, Nr. 6, S. 188.) Nach Alkohol- oder Benzin- (nicht Jod-) Desinfektion der erkrankten Achselhöhle Abdeckung der Umgebung der Abszeßknoten mit 1% Cholevalzinkpaste; Spaltung der einzelnen Abszesse in Rauschnarkose, Abtragung der überhängenden Abszeßwandungen bis in die Höhe des Hautniveaus. Yatrengazekompresse. Später Salbenverbände mit Höllenstein-Perubalsamsalbe. Gleichzeitige Einspritzungen von Staphar oder Staphylo-Yatren empfohlen.
M. Cohn-Dresden.

Haare und Nägel

Über subunguale Tumoren, zugleich ein Beitrag zur Frage des sogenannten subungualen Angiosarkoms, von I. Carstensen, II. Chir. Univ.-Kl. Hamburg-Eppendorf. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 144, H. 2, S. 409.) Ausführliche Kasuistik der in der Literatur verstreut vorkommenden Fälle von subungualen Tumoren, unter denen es benigne (Clavi, Exostosen, Enchondrosen, Papillome, Fibrome) sowohl als auch maligne (Sarkome und Karzinome) gibt. Als eine Sondergruppe horvorgehoben werden solche, die von Kolaczek als „Angiosarkome" bezeichnet werden, unter denen er die Endotheliome, Peritheliome und plexiforme Angiosarkome einordnet, dem aber Verf., mit anderen Autoren, nicht zustimmt. Zur Feststellung der Diagnose genügt oft eine umschriebene Schmerzhaftigkeit am Nagel, insbesondere, wenn eine stärkere Wölbung, Leisten- oder Furchenbildung, Sprödigkeit, ein blauer roter Fleck oder eine auffallend lange bestehende „Blutsugillation" besteht. Ist ein maligner Tumor diagnostiziert (Sarkom, Melanom, Karzinom), so sind neben der Exartikulation des betreffenden Gliedes die regionären Lymphdrüsen zu exstirpieren.
D. M. Loewenstein-Bad Nauheim.

Dermatomykosen

Le trichophyton et ses variétés en Pologne, von A. Wilenczyk. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 5, S. 349.) Wilenczyk stellte unter 200 Mykosen bei 154 Kranken Achorion als Erreger fest, und zwar vorwiegend Achorion Schönleini; nur bei 2 Fällen wuchs Achorion Quinckeanum. Viel seltener scheint in Polen Trichophyton eine Rolle zu spielen, trotz sichtlicher Zunahme nach dem Weltkrieg. Am verbreitetsten (72%) fand sich Trichophyton violaceum, dann T. plicatile, einmal T. crateriforme und ebenso einmal cerebriforme. Von tierisch überkommenen Arten war T. granulosum am relativ häufigsten, sehr selten aber T. niveum, equinum und rosaceum. 2 Varianten konnten nicht sichergestellt werden.
F. Callomon-Dessau.

Die Probleme der Ätiologie der oberflächlichen Blastomykose, von K. v. Berde-Szeged. (Orvosi Hetilap, 1927, Nr. 11 [Ungarisch].) Verf. fand bei gesunden Erwachsenen Pilze am Stamm in 4%, zwischen den Fingern in 6%, zwischen den Zehen in 15%, bei sicher nicht an einer Pilzerkrankung leidenden Hautkranken in den pathologischen Hautprodukten in 18%. Das Ergebnis der histologischen Untersuchung und die Überimpfungsversuche sprechen für die Pathogenität dieser Pilze; auf die serologischen Untersuchungen und die Tierexperimente können wir uns nur selten verlassen. Die genaue Bestimmung der Art erfordert sehr große mykologische Erfahrung. Die Identifi-

Digitized by Google

zierung wird durch die große Variabilität des Oidium albicans erschwert, wegen welcher man gewisse Formen dieses Pilzes von dem Hefepilz kaum unterscheiden kann. Es wäre erwünscht, eine einheitliche Untersuchungsmethode, eine neue deutliche Nomenklatur zu schaffen und alle bisher gezüchteten Pilzstämme zu überprüfen. Von allen Versuchen in dieser Richtung sind die von Ota am meisten geeignet. Nach den Erfahrungen des Verf. spielen bei der Ätiologie des Hautsoor und der ein diesem ganz ähnliches Krankheitsbild darbietenden oberflächlichen Blastomykose zahlreiche verschiedene miteinander durch eine Kette von Übergängen verbundene Pilze eine Rolle. Zu Beginn der Übergänge steht das sporogene und regelmäßige Myzelien bildende Oidium albicans, am anderen Ende der Reihe hingegen asporogene, bloß Wucherungen (Sproßketten) bildende Pilze — „Myzeloblastome" nach Ota. Autoreferat.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

La scarlatine expérimentale chez le lapin (Experimenteller Scharlach beim Kaninchen), von P. Rosen, N. Kritch, A. Goulayewa, E. Skalkina. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 2, S. 83—84.) Infektion von Kaninchen mit Scharlach gelingt durch Bepinseln des Schlundes ebensowohl mit gefilterten wie mit nichtgefilterten Scharlachprodukten. Die Empfänglichkeit ist eine große (31 positive Erfolge in 37 Fällen). Die Erscheinungen der Infektion sind milde: kein Fieber, keine Leukozytose. Im Blute von 7 Kaninchen wurde während des Lebens, jedoch niemals vor dem 19. Tage nach der Infektion, der Streptococcus haemolyticus gefunden. Bei 18 an Komplikationen gestorbenen oder getöteten Kaninchen fanden sich in der Kultur von Organen Streptokokken, am häufigsten Hämolytikus. Die Infektion dürfte durch filtrierbare Formen des Scharlachstreptokokkus erfolgen. E. Levin-Berlin.

Über die Schutzimpfung gegen Masern mit dem Degkwitzschen Tierserum, von F. Torday-Budapest. (Budapesti Orv. Ujsag, 1927, Nr. 7 [Ungarisch].) Im Gegensatz zu den Erfolgen, welche Verf. mit dem Degkwitzschen Rekonvaleszentenserum bei der Prophylaxe der Masern erzielt hatte, fand er die Verwendung von Hammelserum nach Degkwitz erfolglos. An 27 Kindern wurden in 6 Serien laut Vorschrift Schutzimpfungen vorgenommen, und aus jeder Gruppe der Geimpften erkrankten mehrere an Masern. Die gesund gebliebenen waren durchweg größere Kinder, welche Masern wahrscheinlich schon früher durchgemacht hatten. Bei den Erkrankten verlief die Krankheit durchaus nicht leichter, hingegen kam es in einem Drittel der Fälle zu einer schweren Serumkrankheit. Trotzdem bei den Impfungen größte Aseptik befolgt wurde, entstand bei einem Kranken ein Abszeß an der Impfstelle. K. v. Berde-Szeged.

Lepra

Die Behandlung der Lepra mit Antimon, von W. H. Hoffmann-Habana. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1927, Bd. 31, H. 3, S. 139.) Die gute Wirkung der Ester des Chaulmoograöles, besonders bei intravenöser Einverleibung, kann gesteigert werden durch gleichzeitige Behandlung mit Antimon. Allgemeinbefinden und Bazillenbefund bessern sich; im Blute zeigt sich eine Vermehrung der eosinophilen Zellen, nach Ansicht des Verf. ein günstiges prognostisches Zeichen. Wiederholt trat eine allergische Reaktion mit Fieber, Rötung und Schwellung der leprös erkrankten Teile auf, nach deren Abklingen eine erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes festzustellen war.
A. Blüth-Hamburg.

Le „Carpotroche brasiliensis" dans le traitement de la lèpre („Carpotroche brasiliensis" zur Behandlung der Lepra), von A. Machedo. (Presse méd., 1927, Nr. 18, S. 286.) Es wird über ausgezeichnete Erfolge bei Behandlung der Lepra mit „Carpetreno" genannten Estern des Carpotrocheöles, welches chemisch dem Chaulmoograöl nahesteht, berichtet. A. Blüth-Hamburg.

Tuberkulose

Zur Ätiologie des Erythema nodosum, von P. Tachau-Braunschweig. (Die extrapulmonäre Tuberkulose, 1927, Bd. 2, H. 1, S. 1—8.) Der von Koch vertretenen Anschauung von der tuberkulösen Natur des Erythema nodosum wird entschieden entgegengetreten. Die meist, wenn auch nicht immer, positiv ausfallende Pirquet-Reaktion ist nicht als Beweis dafür anzusehen, steht vielmehr mit den auch durch andere Stoffe hervorzurufenden Kutireaktionen auf einer Stufe. Auch diese sind auffallend stark,

Digitized by Google

woraus sich auf eine ungewöhnliche Empfindlichkeit der Haut beim Erythema nodosum gegen alle möglichen Stoffe, darunter auch gegen Tuberkulin schließen läßt. Echte Herdreaktionen sind danach niemals beobachtet worden; ferner kann auch der Nachweis von Tuberkelbazillen in Erythema nodosum-Knoten nicht als erbracht anerkannt werden, und die In-Analogie-Setzung zu den Tuberkuliden erscheint ganz abwegig. Das im Anschluß an Erythema nodosum stattgehabte Auftreten einer Miliartuberkulose oder tuberkulösen Meningitis ist ein immerhin seltenes Ereignis, und es finden sich manifeste tuberkulöse Erkrankungen nur bei einer relativ kleinen Zahl von Erythema nodosum-Kranken. Vielleicht werden gelegentlich durch Erythema nodosum latente tuberkulöse Herde aktiviert. Die bei Erythema nodosum ziemlich häufig gefundenen Hilusveränderungen, die bei Nachschüben an Ausdehnung zunehmen, bilden sich im übrigen in 1—2 Jahren zurück. Schließlich spricht gegen einen Zusammenhang, daß in Tuberkulosestationen und Heilstätten Erythema nodosum nur selten beobachtet wird. Es ist vielmehr anzunehmen, daß das Erythema nodosum eine selbständige akute Infektionskrankheit ist, wofür auch die nicht seltenen Epidemien sprechen. Der Erreger ist noch nicht bekannt; neben den von ihm erzeugten Fällen von Erythema nodosum besteht noch eine kleine Gruppe klinisch oft sehr ähnlicher sekundärer Fälle, die durch die verschiedenartigsten infektiösen und toxischen Noxen hervorgerufen werden können. E. Levin-Berlin.

Zur Ätiologie des Erythema nodosum, von H. Koch, Gottfried v. Preyersches Kinderspital, Wien X. (Die extrapulmonäre Tuberkulose, 1927, Bd. 2, H. 1, S. 8—12.) Gegenüber den Beanstandungen in der vorstehenden Arbeit von Tachau hält Koch seine Anschauung von der tuberkulösen Natur des Erythema nodosum aufrecht. Die verschiedenartigen Auffassungen erklären sich zum Teil durch das verschiedenartige Material, das im Gegensatz zu den Kinderärzten bei den Dermatologen meist aus Erwachsenen besteht. Die sonst bei keiner anderen Infektionskrankheit in fast 100% der Fälle zu beobachtende positive Pirquet-Reaktion kann nur als stattgehabte Tuberkuloseinfektion, unmöglich aber als besondere, dem Erythema nodosum eigentümliche Reaktionsbereitschaft aufgefaßt werden. Eine solche starke Reaktionsbereitschaft auf Tuberkulin und andere Stoffe findet sich auch bei anderen Formen der Tuberkuloseerkrankung. Herdreaktionen wurden bisher absichtlich nicht hervorgerufen, weil schon kleine Tuberkulinmengen so starke Lokalreaktionen beim Erythema nodosum hervorriefen, daß von größeren Dosen Schaden für den Pat. befürchtet wurde. Wenn auch die Zahl der beobachteten Fälle keine sehr große ist, in denen auf das Erythema nodosum andere tuberkulöse Erkrankungen folgten, so ist doch ein Prozentsatz von 10% groß genug, um eine besondere Kontrolle und Schonungsbehandlung für einige Wochen durchzuführen.
E. Levin-Berlin.

Action des intradermo-réactions répétées à la tuberculine sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye (Die Wirkung wiederholter intrakutaner Tuberkulineinspritzungen auf die Entwicklung der experimentellen Tuberkulose des Meerschweinchens), von Nasta. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 12, S. 847—848.) Von 20 Meerschweinchen, die durch konjunktivale Instillationen tuberkulinisiert waren, wurde die Hälfte wiederholten intrakutanen Tuberkulininjektionen unterworfen; die andere Hälfte diente als Kontrolle. Die Einspritzungen mit 1,5 ccm Tuberkulin erfolgten in fünf Serien von je 3 aufeinanderfolgenden Tagen mit dazwischenliegenden Pausen von 3—5 Tagen. Bei den verschiedenen Tieren zeigten sich Reaktionen von sehr verschiedenem Grade, die jedoch mit dem Grade der Entwicklung der Tuberkulose nicht in Zusammenhang zu stehen schienen. Abgesehen hiervon, war bei dem einzelnen Tiere die Reaktion bei jeder ersten Einspritzung einer Serie am stärksten, bei jeder dritten am schwächsten. Die erste Einspritzung einer jeden Serie glich in ihrer Stärke der der ersten Einspritzung der vorhergehenden Serie. E. Levin-Berlin.

Des manifestations cutanées consécutives à la Sanocrysine (Hauterscheinungen nach Sanokrysin), von E. Ramel und L. Michaud, Derm. u. Med. Univ.-Kl. Lausanne. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 13, S. 296.) Bei zwei Phthisikern traten im Gefolge wiederholter Sanokrysineinspritzungen Tuberkulide auf, was den Einfluß dieser Substanz auf das tuberkulöse Gewebe und den Tuberkelbazillus zeigt. In dem einen Falle trat gleichzeitig eine Toxikodermie auf, woraus zu schließen ist, daß die therapeutischen und die toxischen Dosen sehr nahe beieinander liegen. Die im Verlaufe der Sanokrysinbehandlung auftretenden Toxikodermien entsprechen ganz den nach anderen Metallsalzen und auch den Spätausschlägen nach Salvarsan. E. Levin-Berlin.

L'action des sels d'or sur le bacille tuberculeux humain. Accoutumance du bacille (Die Wirkung der Goldsalze auf den menschlichen Tuberkelbazillus. Die

Digitized by Google

Gewöhnung der Bazillen), von L. Karwacki, S. Krakowska und M. Zolberg. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 28, S. 928.) Die Verff. haben Tuberkelbazillenkulturen die Goldpräparate Aurosan und Sanokrysin zugesetzt, in Verdünnungen von 1 : 100000 bis 1 : 10000. Bei 1 : 80000—1 : 60000 trat Verzögerung, bei 1 : 25000—1 : 10000 völlige Hemmung des Wachstums ein. Bei Weiterimpfung werden die Tuberkelbazillen goldresistenter, so daß selbst bei Verdünnung bis 1 : 3000 noch Wachstum erzielt wurde.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

L'action des sels d'or sur le bacille tuberculeux humain. Action stérilisante (Die Wirkung der Goldsalze auf den menschlichen Tuberkelbazillus. Sterilisierende Wirkung), von L. Karwacki, S. Krakowska und M. Zolberg. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 28, S. 930.) Tuberkelbazillenemulsion wurde 10, 20 Minuten und 24 Stunden mit 1%iger Sanokrysinlösung in Kontakt gebracht. Nach Waschung, Filtration und Aussaat fand ungehemmtes Wachstum statt. Es bildete sich in der Emulsion ein schwarzgefärbter Bodensatz, der aus goldimprägnierten Tuberkelbazillen bestand. Diese sind jedoch verimpfungsfähig, nur haben sie ihre Säurefestigkeit verloren; auch die weiteren von ihnen angelegten Kulturen haben zum größten Teil ihre Säurefestigkeit eingebüßt.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Syphilis

a. Allgemeines und Historisches

Did Syphilis Exist in Antiquity? (Bestand im Altertume eine Syphilis?), von Ch. G. Sumston-Genf. (M. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 4, S. 269 u. Nr. 5, S. 339.) Wie so viele andere Aufsätze, welche immer wieder über die Syphilisfrage erscheinen, eine ganz ungenügende Plauderei. Sie bringt kaum dem Nichthistoriker etwas Neues. Aus der Riesenliteratur, welche die Verff. in der Regel auch nicht annähernd kennen, werden nur willkürlich einige Stücke herausgenommen. Ein großer Teil der Arbeit handelt übrigens vom Skorbut. A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der Todesursachen der Bevölkerung Moskaus laut der pathologisch-anatomischen Abteilungen der Krankenhäuser, Entbindungsanstalten und sonstigen Institutionen des Moskauer Wohlfahrtsamtes im Jahre 1925, von J. Davydowski. (Moskowski Medicinski Journal, 1927, Nr. 4.) Im ganzen wurden in den in der Überschrift genannten Anstalten im Jahre 1925 7418 Personen seziert, was 30% aller in Moskau Verstorbenen ausmacht. Unter den Todesursachen interessiert uns die Syphilis, welche in 248 Fällen konstatiert wurde, d. h. in 3,3%. Unter diesen überwogen die Fälle von Erbsyphilis bei den Neugeborenen (108 Fälle); dann folgte die progressive Paralyse mit 58 Fällen, weiter vulgäre syphilitische Affektionen des Gehirns, seiner Gefäße und Schleimhäute mit 25 Fällen. A. Jordan-Moskau.

b. Pathologie und Klinik

Ein Fall von wahrem syphilitischem Fieber, von W. Kusnetzoff. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 5.) 24jähr. Frau, welche längere Zeit vergeblich gegen Malaria und Tuberkulose wegen abendlicher Temperatursteigerungen behandelt worden war, bis eine spezifische Kur Genesung schaffte. Lues ignorata. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der extragenitalen syphilitischen Infektionen, von M. Wein. (Moskowiki Medicinski Journal, 1927, Nr. 3.) Im II. Moskauer Vendispansär beobachtete Verf. im Laufe von 2 Jahren 13 Fälle von außergeschlechtlichem Schanker, davon 10 bei Frauen und 3 bei Männern. Als Ursache sieht er das enge Zusammenleben und Unkultur an. A. Jordan-Moskau.

Spondyl-Arthritis cervicalis syphilitica, von M. Jessner, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1927, Nr. 9, S. 408.) Mitteilung der Krankengeschichte eines Falles von syphilitischer Spondyl-Arthritis cervicalis, die anfänglich von anderer Seite für Tuberkulose gehalten wurde. Es ist wichtig, bei allen Wirbelsäulenaffektionen, auch bei Pat., die eine sichere Tuberkulose haben, an Lues zu denken und in dieser Richtung vollständig zu untersuchen. E. Langer-Berlin.

Zur Kasuistik der Knochen- und visceralen Syphilis, von Babajew. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 3.) 38jähr. Frau, welche von Lues nichts wußte, wies außer Aortitis und Lebervergrößerung einen Prozeß der sakralen Wirbel auf, der nach langwieriger, vergeblicher Behandlung als gummös aufgefaßt wurde. Die WR fiel positiv aus. Die spezifische Behandlung brachte Besserung. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung der Aorta in der klinischen Diagnostik, von J. Erdélyi. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1927, Bd. 35, H. 5, S. 958—963.) Röntgenbefunde an der Aorta sind mit großer Vorsicht zu bewerten. So ist es nicht richtig, daß bei syphilitischer Aorta die gesteigerte konvexe Biegung der Aszendens mit Regelmäßigkeit zu finden ist; andererseits ist diese auch nicht für syphilitische Wanderkrankung wie überhaupt für keine Erkrankung charakteristisch. Auch die Unebenheit der Kontur der Aszendens ist kein sicheres Symptom syphilitischer Wanderkrankung. Eine Verbreiterung der Aorta ist von großer pathognomischer Bedeutung, jedoch finden sich in der normalen Breite große individuelle Verschiedenheiten. Die Angabe, daß isolierte, vermehrte Pulsation der Pars ascendens ein typisches Symptom der Aortitis syphilitica sei, muß bestritten werden; es kommt bei Syphilis wie auch bei anderen Erkrankungen vor. E. Levin-Berlin.

Thrombo-Angiitis Obliterans in Association with Syphilis (Thrombosierende und obliterierende Gefäßerkrankung bei Syphilis), von R. P. Smith und D. W. Patterson. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3448, S. 227.) 59jähr. verheirateter Schneider ohne syphilitische Anamnese, aber mit stark positiver WR. Erscheinungen von Ischämie und Erythromelalgie, ausgesprochenes intermittierendes Hinken und eine hartnäckige Ulzeration am linken Fuß sowie feuchter Gangrän der linken großen Zehe. Fehlen von Pulsation an der A. tibialis antica und postica; schwacher Puls an der Poplitea. Amputation handbreit über dem Knie. Ein halbes Jahr etwa später beginnende ähnliche Symptome auf der rechten Seite. Die anatomische Untersuchung des amputierten Teiles ergab ausgedehnte Thrombosierung sowohl der Art. tibial. antica und postica als auch der Poplitea und zum Teil auch einer Vena comes der Art. tibial. ant. In der Umgebung der Gefäße bestand eine intensive entzündliche Verdickung des Gewebes, und sowohl Arterien wie Venen wiesen stark verdickte Wandungen auf. Vielfach waren die Thromben schon recht erheblich organisiert. Nach dem ganzen, an der Hand von Mikrophotogrammen eingehend beschriebenen histologischen Befund nehmen Verff. an, daß es sich hierbei um einen syphilitischen, primär in der Gefäßwand entstandenen Prozeß mit konsekutiver Thrombenbildung handelt. Buerger hat bei derartigen Läsionen die Thrombusbildung für das Primäre erachtet und die Vorgänge in den Gefäßwandungen als sekundäre angesehen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

The Nature and Distribution of the Lesions in Syphilitic Aortitis (Die Art und Verteilung der Läsionen bei der syphilitischen Aortitis), von W. W. Waite-El Paso, Texas. (Am. J. m. sc., 1927, Bd. 173, Nr. 3, S. 357—362.) Die Syphilis kann die Aorta an einzelnen Stellen oder — häufiger — diffus ergreifen; dabei kann die eine oder andere Stelle stärker ergriffen sein als die andere. Es handelt sich im allgemeinen um Nekrosen infolge von Periarteritis und obliterierende Endarteritis der Vaso vasorum, die die Elastika zerstört. Bei stärkerer Einwirkung serpiginöse Ulzera, Aneurysmen, Wucherungen der Intima, Embolie. E. Levin-Berlin.

Über Aortitis luetica, von K. Engel-Budapest. (Budapesti Orvosi Ujsag, 1926, Nr. 49 [Ungarisch].) Sie tritt im Durchschnitt 20 Jahre nach der Infektion auf und öfter in Gemeinschaft mit Hypertonie, Nierenerkrankungen, Tabes oder Paralyse als mit tertiären Erscheinungen von seiten anderer Organe. Sie kann ganz symptomlos verlaufen; meist aber besteht Aortalgie, manchmal sogar typische Zeichen einer Angina pect. mit über dem Herzen hörbaren Veränderungen. Das Leiden hat progressiven Charakter; während man aber früher die Lebensdauer eines solchen Kranken auf 3—4 Jahre schätzte, beobachtet Verf. heute — bei der Möglichkeit einer früheren Diagnose und wirksameren Therapie — Fälle auch seit 8—10 Jahren. Bei jeder Aortenveränderung hat man an Lues zu denken, und bei jedem Luetiker hat man nach Veränderungen an der Aorta zu fahnden. Auch in zweifelhaften Fällen hat man ohne Zaudern mit der antiluetischen Behandlung zu beginnen, deren erste Etappe das Jod bilden soll, unmittelbar nachher Quecksilber oder Bi, eventuell kombiniert mit Salvarsan. Der Gang der Behandlung soll ein chronisch intermittierend kombinierter sein. Die Angina pect. erheischt unbedingte Ruhe. Die Malariabehandlung hält Verf. für kontraindiziert. K. v. Berde-Szeged.

Fortschritte in der Paralyselehre, von J. Wagner-Jauregg. (W. m. W., 1927, Nr. 8, S. 243.) Es werden die verschiedenen neueren Theorien zur Paralysefrage besprochen. Am wahrscheinlichsten erkranken die mit einer dauernden Infektion des Nervensystems Behafteten an Paralyse, immerhin auch nicht alle, da bei etwa 20% die Spirochäten zwar dauernd im Nervengewebe verbleiben, während der Prozentsatz der Paralytiker bedeutend niedriger ist. Die Ursachen für den plötzlichen Ausbruch der

Digitized by Google

Paralyse sind unbekannt. Vielleicht ist schuld eine Änderung der Spirochäten durch Rezidivstämme, durch den Einfluß der Therapie; vielleicht liegt die Ursache auch in einer gewissen Disposition des Organismus, wofür als Beweis oft herangezogen wird die Abkürzung der Paralyseinkubation bei luetischer Infektion im vorgeschrittenen Alter, die geringe psychopathische Belastung der Paralytiker, die Seltenheit der Paralyse bei gewissen Psychopathengruppen. Die Hypothese der Paralysedisposition durch die Kuhpockenimpfung wird von den meisten abgelehnt. Zur Prophylaxe der Paralyse dient eine wirksame Abortivbehandlung im Primärstadium, oder im Sekundärstadium die Beseitigung der Infektion des Nervensystems, die aus dem Verhalten des Liquors erkennbar ist. E. Langer-Berlin.

The Mechanism of Infection and Immunity in Congenital Syphilis (Der Mechanismus der Infektion und der Immunität bei der kongenitalen Syphilis), von J. A. Kolmer. (Atlantic M. J.) Verf. schätzt, daß Syphilis bei den Eltern in 10—15% der Fälle in Amerika vorhanden ist. Die vorliegenden, auf Grund der WR aufgestellten Statistiken variieren von 2—20%. Bei 90—95% der Fälle von kongenitaler Syphilis ist Syphilis der Mutter nachweisbar, und es ist dabei unverkennbar, daß die Infektion des Fötus auf dem Wege der Spirochätenübertragung durch die Plazenta hindurch stattgefunden hat. Bei alter Syphilis der Mutter kann es Latenzperioden geben, wo im Blute keine Spirochäten vorhanden sind, so daß ein gesundes Kind geboren werden kann. Andererseits ist auch anzunehmen, daß die im mütterlichen Organismus sich bildenden Antikörper auch auf den Fötus übertragen werden. Da diese Antikörper bei frischer Syphilis noch wenig reichlich vorhanden sind, kommt es in den Frühstadien leichter zum Abort als bei Spätlues. Eine Infektion des Fötus direkt vom Vater aus ist nur begreifbar, wenn man annimmt, daß die Spirochäten ein Stadium der Sporulation, ein Granularstadium, durchmachen. Immerhin findet man bei etwa 5% der Mütter von kongenitalsyphilitischen Kindern sowohl negative WR als auch Fehlen von klinischen Symptomen, und vor Ablauf des 4.—5. Monats der Gravidität findet man beim Fötus und in der Plazenta nur selten Spirochäten. Eine syphilitische Infektion der Mutter etwa im 8. Monat der Schwangerschaft kann sehr wohl den Fötus intakt lassen, weil die Spirochäten erst im Laufe von 1—2 Monaten ins Blutsystem eindringen. Daß eine neuerliche Akquisition von Syphilis ein vollständiges Erloschensein einer früheren Infektion zur Voraussetzung habe, daß also eine Superinfektion ganz unmöglich sei, ist nicht endgültig erwiesen. Brown und Pearce berichten über Beobachtungen von Superinfektion bei Kaninchen, und K. ist zu ähnlichen Resultaten gelangt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Labyrinthite hérédo-syphilitique (Labyrinthitis auf Grundlage kongenitaler Syphilis), von L. Babonneix und A. Duruy. (Gaz. hôp., 1927, Nr. 18, S. 305—307.) Die bei einem 27jähr. Manne bestehenden Erscheinungen von arterieller Hypertension, Intelligenzstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen werden als Manifestationen der kongenitalen Syphilis mit multipler Lokalisation aufgefaßt. Dabei spielt die Labyrinthitis eine besondere Rolle, bei der sich in derartigen Fällen das Hennebertsche Zeichen (Hervorrufen okulo-motorischer Reflexe durch Kompression und Dekompression im äußeren Gehörgang befindlicher Luft bei intaktem Trommelfell) findet. Dieses ist hier mangels sonstiger Zeichen kongenitaler Syphilis für die Diagnose ausschlaggebend gewesen.
E. Levin-Berlin.

c. Ätiologie und Diagnose

Modifikation der Spirochätenimprägnation nach der Methode Fontana-Tribondeau, von W. L. Yakimoff-Petersburg. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 1/3, S. 89.) Man erwärmt ein wenig der folgenden Lösung: Acid. acet. glac. 2,0, Acid. carbolic. cryst. 2,0, Formalin 2,0, Tannin 5,0, Alkohol 50,0, Aq. dest. 40,0 bis zum Kochen, gießt die Flüssigkeit auf den Objektträger, wartet bis zur völligen Abkühlung und wäscht mit Wasser nach. Dann erfolgt die Imprägnation mit Ammoniaksilber.
F. Harry-Wiesbaden.

Experiments on the Purification of Cultures of Spirochaeta Pallida by Chemical Methods (Untersuchungen über die Reinigung von Kulturen von Spirochaeta pallida vermittels chemischer Methoden), von D. Wilkes-Weiss und Ch. Weiss. (J. of Inf. Diseases, 1926, Bd. 18, Nr. 4, S. 281.) Versuche, eine Reinigung der Kulturen zu erzielen dadurch, daß man dem Nährboden ein keimtötendes Mittel zusetzt, ergaben keine guten Resultate. Verff. gingen deshalb dazu über, das Desinfiziens auf die Kulturen einwirken zu lassen, bevor dieselben zur weiteren Züchtung auf den entsprechenden Nährboden übertragen wurden. Die auf Schereschewskyschem Nährmittel gezüch-

Digitized by Google

teten Spirochäten wurden mit Kulturen von Staphylococcus albus und von B. coli versetzt, der Einwirkung des betreffenden chemischen Mittels ausgesetzt und der Erfolg nach 48 Stunden festgestellt. Von 17 so angewandten Mitteln erwiesen sich 14 (Fuchsin, Gentianaviolett, Merkurochrom, Salvarsan, Monarson, Neosalvarsan, Äthylhydrokupreinhydrochlorid usw.) als prompt wirksam zur Beseitigung von Staphylokokken ohne Benachteiligung der Spirochäten. Zur Beseitigung von B. coli erwies es sich, wie zu erwarten war, viel schwieriger, ein wirksames Agens zu finden. Aus Versuchen mit 50 verschiedenen Mitteln ergab sich, daß von allen nur brauchbar sind: Selenium oxychlorid. oder Trikresol (in 1%iger Lösung bei 1 Minute Einwirkungsdauer), ferner Trichloressigsäure (1%ige Lösung bei 15 Minuten Einwirkungsdauer) und Formaldehyd (5%ige Lösung bei 5 Minuten Einwirkungsdauer). Diese Mittel erzielten aber gleichzeitig Beseitigung sowohl von Staphylokokken wie von Bacillus coli. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ultra-Violet Rays in the Purification of Cultures of Spirochaeta Pallida (Die Verwendung von ultravioletten Strahlen zur Reinigung von Kulturen von Spirochaeta pallida), von D. Wilkes-Weiss und Ch. Weiss. (Proceedings of Soc. Exp. Biol. and Med., 1925, Bd. 23, S. 87.) Um festzustellen, ob es möglich sei, bakterielle Verunreinigungen in Spirochätenkulturen durch die Einwirkung von ultravioletten Strahlen ohne Nachteil für die Spirochäten zu beseitigen, haben Verff. gut geratene Kulturen mit Staphylococcus aureus und mit B. coli versetzt und sie alsdann in verschiedener Entfernung und auf verschiedene Dauer den Strahlen einer Höhensonnenlampe (Alpine Sun Lamp) ausgesetzt. Es ergab sich, daß man in der Tat die Bakterien abtöten kann, ohne die Treponemen zu schädigen. Wenn man die Lichtquelle dicht an das Versuchsobjekt heranbrachte, wurden Kolibazillen binnen 75 Sekunden abgetötet, während die Spirochäten sich gut weiter züchten ließen. Bei einer Entfernung von 5—10 cm und einer Bestrahlungsdauer von 45—60 Minuten wurden allerdings auch die Spirochäten abgetötet. Staphylokokken verhielten sich ähnlich wie die Kolibazillen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beiträge zur experimentellen Syphilisforschung. E. Der Neissersche Lehrsatz, von P. Manteufel und W. Worms, Reichsgesundheitsamt. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 1/3, S. 23.) Der Neissersche Lehrsatz, der besagt, daß erworbene Immunität gegen eine Zweitinfektion nur das Fortbestehen einer vorausgegangenen Erstinfektion beweise, scheint für Kaninchensyphilis in der Regel nicht zuzutreffen. Die Versuche der Verff. ergaben nämlich, daß der Schutz gegen homologe Zweitinfektion bestehen bleibt, wenn man die latente Drüseninfektion vorher durch Neosalvarsan beseitigt. Wie lange der Schutz nach der Heilung bestehen bleibt, ist noch festzustellen. Beim Menschen liegen die Verhältnisse meist insofern anders, als der Immunisierungsprozeß durch die Therapie frühzeitiger beeinflußt wird. Eine Heilung der Syphilis beim Kaninchen ist noch jenseits der von Kolle angenommenen Zeitspanne möglich, und zwar 5 bis 12 Monate nach der Infektion. Die Immunität gegen homologe Zweitinfektion bei Kaninchen ist keine Schankerimmunität, sondern sie bezieht sich auch auf die Drüsen.
F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. F. Walther Oelze, Oberarzt an der Dermatologischen Klinik in Leipzig, zum a. o. Professor. R.

Berichtigung. In der Arbeit Delbanco: „Zur Malariabehandlung der Frühsyphilis", Bd. 84, Nr. 19, S. 654, am Ende des ersten Absatzes, lies Berechtigung statt Berichtigung.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Sachverzeichnis

* bedeutet Originalarbeit

Aborte s. Pyelitis.
Abszesse, sporotrichotische, Sézary, Combe Lichtwitz 591.
Abszeßsalbe Ilon, Ziegelmeyer 523.
Abwehrreaktionen des jugendlichen Organismus, Becker 480.
Acanthosis nigricans, Soetoma 449.
— — juvenile, Wieder 525.
— — mit Nagelveränderungen, Haxthausen 450.
Achorion s. Trichophyton.
— gypseum, Bruhns 781.
Achromia cutis postparasitaria, Kistjakowski 621.
Achselhaare, Fehlen der, Buschke 149.
Achselhöhlenorgan des Schimpansen, Gelderen 44.
Addisonsche Anämie s. Sprue.
Adenom s. Nabeladenom.
Adenoma sebaceum, Finsen 450.
— — Flarer 316.
— — Hudelo, Say, Cailliau 469.
— — Louste, Cailliau, Ducourtiaux u. Lotte 470.
Affenhodenstruktur, nach Überpflanzung auf Menschen, Retterer 454.
Agranulozytose, Chiari u. Redlich 557.
Akanthom, infektiöses, Guerin 348.
Akroangioneurotische Erkrankungen, Röntgen bei, Borak 40, 282.
Akrodermatitis atrophicans und tuberoserpiginöses Syphilid, Buschke 149.
— Hallopeau, Glasser u. Diss 597.
— — Gougerot 846.
Akrodynie bei Erwachsenen, White 286.
Akromegalie, Bruhns 780.
Akromikrie oder Dystrophia osteo-genitalis, Brugsch 525.
Akne rosacea, Ruhnke 522.
— varioliformis, Hämatoporphyrin bei, Königstein 178.
*— vulgaris, Sirota 773.
— — Vererbungspathologie der, Siemens 76.
Aknitis, eine echte Hauttuberkulose, Maloney 838.
Aktinomykose, Kieferinfektion, Chiurco 111.
*— mit Iontophorese behandelt, Behdiet u. Scherefeddin 736.
Albuminurie s. Pyurie.
Alkohol-Extrakt-Reaktion AER, Lüttge u. Mertz 839.
Allergene, Schimmelpilz-, als Krankheitsursachen, van Leuwen u. Kremer 811.
Allergie und Asthmaerzeugung, Semon 810.
— und Parallergie, Moro 561.
Allergische Hautkrankheiten, Herz 34.
Alopecia areata s. syph. Endokrinid.
— — mit Nageldystrophien, innersekretorische Form von, Fuhs 341.
— — Therapie, Sausion, Pasteur u. Azam 471.
— — Thalliumtherapie, Buschke 149.
— traumatica, Cormac 596.
Alopezie, Kindliche — nach Thallium, Pauchly 88.
Ambozeptoren, Klopstock 568.
Anämie s. Ultraviolettbestrahlte Milch.
Anästhesie, elektrosmotische Hautvertaubung Rein 205.
— epidurale und sakrolumbale, Laskownicki 552.
Anaphylaktische Erscheinungen und Sensibilisierung, Vernet 252.
Anaphylaktischer Chok, Milkovitch 252.
Anaphylaxie, Eosinophilie des Blutes bei, Vallery-Radaut, Blamoutier, Caude u. Giroud 482.
— gegen Arnika, Gougerot u. Lotte 449.
— in Dermatologie und Syphiligraphie, Dujardin 240.
— und Ultraviolettbehandlung, Bryce 814.
Angina und Vakzination, Koch 558.
Angiokeratoma naeviforme und Kapillaraneurysmen, Bettmann 412.
— Mibelli, Ustinowsky 379.
Angiolupoid, Baba u. Kozuma 657.
Angiom bei Skoliose, Bertrand 241.

Digitized by Google

Angiome s. Gefäßgeschwülste.
— Kryotherapie der, Venturelli 316.
Angioneurotisches Ödem, Ullmann 340.
— — des Penis und Skrotums, Ezickson 26.
Anonychia congenita, Dombrowski 557.
Anorektale Erkrankungen der Neger, Rosser 640.
Antikörperschwankung bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Shimada 685.
Aortenaneurysma, Fischer 27.
Apoplexia cutanea — Periarteriitis nodosa, Freund 413.
Aphthose, Eiterbläschen beim Meerschweinchen, Levaditi, Alberca-Lorente u. Galloway 74.
Aphthöse Stomatitis, epidemische, Peiser 87.
— — und Herpesvirus, Templeton 32.
Aphthöses Virus, Gewebsaffinitäten für, Levaditi, Nicolau u. Galloway 724.
Aphthoid Pospischill, Feyrter 522.
Argyria, Davis 595.
Arsenausscheidung durch die Galle, Kuroda 813.
Arsenkeratose, Fuhs 179.
Arsenschädigung, akute, Müller 257.
Arsenvergiftung, Purpura, Tiling 483.
Arteriitiden, obliterierende — und Trauma, Ravault u. de Girardier 286.
Arthritis s. Prostata.
*Arthritiden und Myositiden, experimentelle, Chiurco 228.
Arzneidermatitis nach Triphal, Fuhs 836.
Arzneiexanthem nach Treparsal, lokale Eruption, Delmas 215.
— — Pyrethan, Chatellier u. Mériel 592.
— — Sanokrysin s. Lupus erythematodes.
— fixes, Naegeli 689.
— Levurinose bei, Klebe 689.
*— urtikarielles, nach Yatren 105, Peter 614.
Arzneiidiosynkrasien nach Übertragung, Lang u. Dér 481.
Ascaris lumbricoides in der Blase, Carsten 788.
Aspermatismus, Behandlung des mechanischen, Mezö 455.
Asthma bronchiale, zur Ätiologie des, Lewina 380.
Atherom der Nasenwurzel, Chatellier 215.
Atheromatosis, Nobl 176.
— scroti, Pranter 177.
Atrophia cutis, Fuhs 834.
— — Pautrier u. Diss 210.
— — congenita, Nobl 176.
— — maculosa idiopath., Lomholt 451.
— — und sklerodermieartige Veränderungen, Fuhs 836.
Atrophien der Haut, Medina u. Calvin 837.
Atrophodermie, Woronoff 806.
Autopyovakzine bei Gonorrhoe, Damski u. Jablonski 683.

Bad s. Schwefelbad.
Bakterium coli s. Onychie.
Bakterien, Ektoplasma der, Gutstein 251.
— pathogene, gewebsbiologisches Verhalten in Meerschweinchenhaut, Dold 791.
Bazillus acidogenes in den Harnwegen, Cirillo 632.
— fusiformis und Spir. Vincenti, Rukawischnikoff 251.
Balanitis erosiva circinata, Freund 622.
Basalzellenepitheliome, Loewenstein 556.
— — Gaté u. Massia 472.
Basedowsche Krankheit s. Myxödem.
Berloque-Krankheit, Linser 376.
Berufliche Hauterkrankungen der Agrarbevölkerung, Arzt 689.
Berufsschädigungen der Haut, Ullmann, Oppenheim, Rille 515.
Berufsdermatitis durch Novokain s. Dermatitis.
— und Gewerbedermatosen, Touton 622.
Berufserkrankungen s. Krebs der Mulespinnarbeiter.
Berufsgeschwulst beim Violinspieler, Ogilvie 845.
Bevölkerungspolitik, Sexualproblem der, Grünbaum-Sachs 187.
Bindegewebe, Zellenbildung in Gefäßwänden und im, Möllendorf 663.
Bindegewebstumoren, Experimentelle Erzeugung von, Melczer 627.
Blase, Explosion in der — bei Elektrokoagulation, Cassuto 344.
— Exstrophie der —, Einpflanzung der Ureteren ins Rektum, Estor 343.
— s. Harnblase.
Blasendivertikel, Propping 550.
— echtes, Düttmann 453.
Blasenruption s. Dermatose, pemphigoide.
Blasengangrän, Subotzki 453.
Blasengeschwülste, Maier 550.
Blasenschutz bei gynäkologischen Operationen, Griffiths 785.
Blasenstein, alter, Williams 454.
Blasenstörungen, Teleky 477.
Blasen-, Prostata- und Nierentumoren, Scholl u. Verbrügge 552.
Blasentumoren, Totalexstirpation bei malignen, Fedoroff 552.
Blasenveränderungen vor und nach Uteruskarzinombestrahlung, Heimann 595.
Blastomykose der Haut beim Schwein, Nieberle 557.
— Blastomykose der Harnblase, Rhamy 185.

Digitized by Google

Blastomykose, oberflächliche, v. Bercle-Szeged 858.
*Blastomykosis cutis, akneförmige, Fabry 824.
*Blastomykosen, erosive, Meckel 818.
Blepharochalasis, Benedict 528.
Blutserum, Phenolasegehalt im, Melczer 80.
Blutenzyme, Einwirkungen auf die, Schamberg u. Brown 812.
Blutkörperchensenkungsreaktion Biernacki, Bruner 633.
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei Dermatosen, Ssuchoff 553.
— bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kajikama 514.
Blutung s. Radium.
Blutzucker s. Dermatosen.
*Boecksches Sarkoid, Zur Ätiologie des, Krupnikoff 165.
Botryomykom, Lavergne u. Michon 745.
Bowensche Krankheit, Carol 714.
— — Dubreuilh u. Magimel 749.
— — Justus 350.
— — Walter 723.
Bromausschläge, Danel 36.
— Kochsalztherapie bei, Bechet 36.
Brustsekretion und sexuelle Erregung, Samuel 187.
Bubo, klimatischer, Hanschell 157.
Bubonen, klimatische, Hashimoto 28.
— schankröse, Injektionen von Mencière-scher Lösung, Miskjian 425.
— Röntgenbehandlung, Curth 40.

Cancer en cuirasse, Lévy 210.
Carboplantin, Stümpke 254.
Champignons parasites de l'homme, Ota 28.
Chaulmoograöle, Jumelle 561.
Chaulmograpflanze und andere Körner gegen die Lepra, Perrot 449.
Chloressigsäuren, die, Roberts 29, 30.
Chondrodermatitis nodularis helicis, Rost 81.
— — — Roxburgh 743.
Cimex-Eier, Haxthausen 452.
Condylome, spitze, Warzen- und Keloidbildung, Mühlpfordt 463.
Cowperitis calculosa, Laquière u. Bouchard 31.
Creeping disease, Austmann 557.
— — Melczer, M. 352.
— — Seliski 554.
— — Histologie, Selisky 413.
— disease-ähnliche Hautaffektion in Ostafrika, Fülleborn 352.
Cutis laxa, Kroll 806.
— verticis gyrata, Thomson 687.
— — — Merenländer 412.
— — — Vörner 412.
Cystitis totalis gonorrhoica, Petschersky 683.
Dermaprotin perkutan, Sachs 255.
Dermatitis artificialis, Nander 453.
— atrophicans progressiva, Ulzerationen bei, Oppenheim 340.
— chronica atrophicans, Masson u. Diss 597.
— diabetica, mit Insulin behandelt, Kapuscinski 632.
— durch Novokain bei Zahnärzten, Cicero 837.
— — Tragen gefärbter Pelze, Thibierge u. Lacassagne 36.
— exfoliativa universalis subacuta Wilson, Lewin 313.
— herpetiformis, Buschke 507.
— — Scherber 830.
— — beim Kinde, Chaldejew 554.
— — Jodreiz bei, Kagelmann 378.
— — Malariainfektion bei, Cordes 523.
— — Neosalvarsanbehandlung, Thesleff 449.
— nach Phenolphthalein, Bondurant 279.
— papulo-vesiculosa (durch Dörrpflaumen), Spitzer 175.
— pustulosa, Spitzer 835.
— vesicularis durch eine neue Paederusart, Chapin 353.
— Windel- —, bei Säuglingen, Cooke 245.
Dermatitiden, artifizielle — im Nacken, Nander 453.
— Die beruflichen und gewerblichen, Oppenheim 37.
Dermatochalasis, Fuhs 721.
Dermatofibrome, Volk 178.
Dermatologie, Grundzüge der, Schalek 787.
— Hebra und die, Arzt 479.
— Hebras Lehren und die moderne, Touton 247.
— physikalische Chemie und, Memmesheimer 811.
— Röntgenbehandlung in der, Ratera 838.
Dermatologische Bilder, Simon u. Michon 746.
— Wochenschrift, Generalregister 1912 bis 1922, Frühwald 310.
Dermatomykosen, Falchi 628.
Dermatomyositis, Arndt 780.
— Mac Lester 844.
Dermatomyom, solitäres, Asai 512.
*Dermatophyten, Grützesche Nährböden für, Karrenberg 434.
— neues Röhrchen zur Züchtung der, Karrenberg 447.
Dermatose, fieberhafte bullöse, Roederer u. Lanzenberg 210.
— Mykosis-fungoides-ähnliche, Pautrier, Diss u. Lanzenberg 597.
— zosteriforme und pemphigoide, Blatt 99.
Dermatosen s. Sympathikusbestrahlungen.
— Bestrahlungstherapie der, Klövekorn 741.

Digitized by Google

*Dermatosen, Blutphenolasen bei, Melczer 317.
— Blutzucker bei, Loeb 713.
— Brom und Strontium (Ekzebrol) bei, Kadisch u. Ritter 668.
— Bromostrontiuran bei juckenden, Hartmann u. Roques 311.
— Bromnatrium bei, Pierangeli 311.
— — — juckenden, Geft 381.
— — — — Per u. Ratner 381.
— Calmitol bei juckenden, Fuchs 311.
— der Mundschleimhaut, Zurhelle 556.
— Einteilung der, Brocq 742.
— endokrines System und, Sirota u. Rabinowitsch 380.
— Fastenbehandlung der, Chevallier 214.
— Glykämie bei, Lévy-Frankel u. Brétillon 314.
— Henna bei, Lewidow 446.
— Hyperglykämie und, Brétillon 527.
— juckende, Jessner 348.
*— — durch Getreide hervorgerufene — im Orient, Hodara u. Behdiet 296.
— infolge Lichtsensibilisierung, Jausion 814.
— Menstruations- und Graviditäts-, Rothmann 314.
— pathogenetisches Studium der, Dujardin u. Decamps 307.
Dermato-Syphilidologenkongreß III des französischen Sprachgebietes, Rabeau 241.
Dermographismus, Grünstein u. Popowa 253.
— Russetzki 667.
— roter und weißer, Kusnezow 253.
Desensibilisierung gegen Na. cacodyl., Urbach 177.
Desensibilisierungstherapie, lokale, Hajos 256.
Diabetes mellitus und Herdinfektion, Cohen u. Cohen 344.
Diagnose, Fall zur, Arndt 180.
— — — Goldsmith 686.
— Zur, Haslund 451.
— — Haxthausen 452.
— — Kerl 176.
— — Kissmeyer 450.
— Fall zur, Kren 829.
— — — Nobl 276.
— — — Rusch 830.
Diathermiebehandlung, Bucky 554.
Diathermie, Sollux- und Quarzbehandlung, Hoche u. Pfab 284.
—-Elektrokoagulation, Noble u. Glassberg 668.
—-Koagulation mit Hochfrequenzapparat, Bonnet 746.
Diathesen, kindliche, Tachau 481.
Diphtherieulkus beim Hunde, Geiger u. Simon 312.
Doppelinfektionsfrage, experimentell, bei Tuberkulose und Trichophytie, Martenstein u. Ledermann 792.
Doramad (Thorium X), Oláh 284.
Doramadbehandlung, Unannehmlichkeiten bei, Naegeli 692.
Drüsen der Haut bei den Affen, Brinkmann 662.
Duhring-Brocqsche Krankheit (Übergangsformen), Pautrier u. Lanzenberg 597.
Dunkelfelduntersuchung, Ausrüstung, Stokes u. Ewing 635.
Dyshidrosis sicca lamellosa, Alexander 150.
Dyskeratose, kongenitale, Fuhs 179.
Dystrophia osteo-genitalis s. Akromikrie.
— papillaris et pigmentosa juvenilis benigna, Klemptner 683.
— pigmentosa und Recklinghausen, Susman-Galant 720.
Dystrophie und Dyschromie bei Basedow, Peynet 525.

Ecchondrosen beider Ohrmuscheln durch Boxen, Sachs 176.
Ehe, die vollkommene, van de Velde 309.
Eheschließung und Gesundheitsberatung. Schwalbe 478.
Ehrmann, Nachruf für, Riehl 275.
Ejaculatio praecox, Grage 187.
Eigenblutbehandlung, Lancha Fal 304.
— Vorschütz 483.
Eigenblut- und Kalziumtherapie, Pawlow 812.
Eiterungsprozesse, Röntgenbehandlung der. Holzknecht 690.
Eklampsie, Burns 551.
*Ekzem, Ätiologie und Behandlung, Hansen 611.
— akutes — bei Syringomyelie, und Röntgentherapie, Solganik u. Czerny 622.
— und ekzemartige Erkrankungen im Kindesalter, Leiner 522.
— Kalziumfrage bei, Alawdin 312.
— Primelverbot, Pinkus 75.
— Säuglings-, Rosenbund u. Meyerstein 716.
— und Zahnerkrankung, Gomes 75.
Ekzema nervosum, Danilewsky 683.
Ekzemstatistik, Kobayashi 685.
Ekzemstudien, Klauder u. Brown 630.
Ekzemtod, Wenetianer 312.
Ekzemtherapie mit Bromstrontiumglukose, Minami 29.
Ekzembehandlung, Brocq 843.
— Autoserum zur, Bortolotti 843.
— mit Kalziumchlorid, Bizzozero 308.
— — NaCl intravenös, Sellei, Barsoni u. Liebner 75.
— s. Dermatosen, juckende.

Digitized by Google

Elastikaveränderungen, Iljina 683.
Elefantiasis congenita lymphangiectatica, Wille 72.
— penis et scroti, Lipp 341.
— der Unterlippe s. Streptokokken.
— tuberkulöse, Hudelo, Rabut u. Cailliau 471.
Elektrolyse, Infektion nach — (tuberkulöse?), Graham-Little, 596.
Endokrine Störungen s. Poikilodermia.
Entzündungen, graue Salbe bei chirurgischen, Schöne 667.
Entzündungsschmerz und Gewebsalkalisierung, Gaza u. Brandi 667.
Enuresis nocturna, Behandlung, Lazarovits 454.
Enzephalitis, postvakzinale, Kraus 752.
Epheliden, Karbolsäure bei, Roxburgh 686.
— und Pigmentflecken, Vernichtung der, Sellei u. Fenyö 316.
Epidermolysis bullosa, Guy 631.
— — Finsen 453.
— — hereditaria simplex und dystrophica, Kenedy 809.
Epidermophytie, Kumer 340.
Epidermophytien, Chinosol bei, Lortat-Jacob u. Bidault 590, 750.
Epididymitis non gonorrhoica, Burmeister u. Cahn 158.
Epilation, Fixierung der Kinderköpfe bei, Zurhelle 740.
— und experimentelle Ernährungsstörung, Mouriquand 88.
Epithelkulturverfahren in homogenem und heterogenem Plasma, Ishikawa 514.
Epithelisierende Wundsalben; Epithelan, Moncorps 312.
Epitheliom des Penis, Radium bei, Nielsen 449.
— der Stirn mit Parotismetastase, Ramel 211.
— — Wange von Wabenform, Pautrier, Lévy u. Diss 211.
— von Schweißdrüsen ausgehend, Diss u. Peterschmidt 213.
— s. Cancer en cuirasse.
— s. Sklerodermie.
— Röntgenbehandlung nach Dr. J. Coste, Girel 347.
Epitheliome, seltenere, Jadassohn 85.
— Kreibich 714.
Epithelwucherungen, Scherber 831.
Erbanalyse bei Vaterschaftsgutachten, Nürnberger 791.
*Erbkunde der Haut, Poll 850.
Erfrierung, Zumbusch 74.
Erysipel, Eryseptin bei, Wehnert 314.
— des Gesichts, Drouet 77.
— Ätiologische und spezifische Behandlung, Birkhaug 77.
Erysipel, Bluttransfusion bei, Schaffer u. Roth mann 719.
— Quarzlicht bei, Becker 843.
— und Streptokokkenkrankheiten, Terpentininjektion bei, Hirtzmann 718.
— Staphylokokken-, Lülsdorf 524.
Erysipelstreptokokken, Toxin und Antitoxin der, Singer u. Kaplan 523.
— rezidivierendes, Glasson 473.
Erysipeloid, Klauder, Richter u. Harkins 473.
*— Klinik und Serumtherapie, Callomon 189.
— Callomon 377.
Erythema, acutum und Arsenschädigungen, Müller 811.
— annulare centrifugum multiplex, Stümpke 458.
— chronisches der Beine, Percival u. Stewart 743.
— induratum, Gougerot u. Filliol 747.
— multiforme, Gouin u. Bienvennue 471.
— — Lévy 212.
— — Atophanyl bei, v. Pezold 74.
— — des Mundes, Spitzer 340.
— nodosum, Ätiologie, Koch 860.
— — — Tachau 859.
— — — Ätiologie, Pawloff 842.
— — familiäres, Robinson 520.
— — und Tuberkulose, Rachid 120.
— polymorphisches mit Schleimhautmanifestation, Perangeli 288.
*Erythème annulaire centrifuge Darier, Worobjew u. Ujanski 429.
Erythrämien, Kobelew 717.
Erythrämie Vaquez, Sutejen 381.
*Erythrodermia chronica universalis, Matussis u. Stark 641.
— exfoliativa bei lymphatischer Leukämie und Diabetes, Geiger 276.
— — universalis congenita familiaris, Portmann 450.
— leucaemia, Pick 627.
Erythrodermie, Serumrefraktian bei, Schiff u. Bayer 313.
— und Polyneuritis nach Salvarsan, Cornil u. Pierson 745.
— ichthyosiforme, Edel 240.
— — Richter 415.
— lymphoblastische, Sequeira 741.
— pityriasique en plaque disseminés, Behandlung, Haxthausen 450.
Erythrozyanosen, Ätiologie u. Behandlung der, Juster 216.
Erythrocyanosis, Bruhns 27.
— Fernet u. Solente 469.
— cruris, Galewsky 375.
*— crurum puellaris, Alexander 601.
Exantheme, lichenoide — nach Arsenobenzol, Freund 207.

Digitized by Google

Exanthem, pruriginöses, Fischer 180.
Exsudative Diathese, Hautbehandlung bei, Sokolow 255.

Facharzt, Zukunft des, Sprinz 247.
Favus, Fuhs 834.
— Überschär 148.
— s. Mäusefavus.
*— capitis unter dem Bilde einer Folliculitis sclerotisans, Berde 669.
Favusendemie durch drei Generationen, Jeanselme u. Hufnagel 214.
Fermente der Haut, Melczer 447.
Fetteinreibungen und Organismus, Latzel u. Stejskal 255.
*Fibroma circumscriptum sym. multiplex, Dóczy 273.
Fibrome der Klitoris, Ottow 81.
— multiple, Arndt 180.
Fibromyom auf Lupus, Milian u. Périn 469.
Fibrosarkom, Milian u. Périn 470.
Fibrosis mammae diff. beim Manne, Gusnar 315.
Fissura ani, Behandlung, Meißl 790.
— — Diathermie bei, Zweig 790.
Flimmerbewegung des Epithels, Umeda 514.
Flockungsreaktionen bei Schwangeren, Chatelier 749.
Fluor, Behandlung des nichtgonorrhoischen, Runge 456.
Fluorbehandlung mit Tampovagan, Satke 790.
Fluortherapie, Schmitt 640.
— mit Esterdermasan und Lenizet, Seyffardt 187.
Folliculitis decalvans, Sachs 830.
— perforierende, Culver 630.
— sclerotisans oder skrofulöse Erkrankung, Oppenheim 178.
Fox-Fordycesche Erkrankung, Nardelli 306.
— — — Hinze 621.
— — — Jersild 451.
*— — — beim Manne, Türk 326.
Framboesie s. Syphilis.
Frau, Problem der ledigen, Timerding 187.
Frigidität des Mannes, Dakin 279.
Froschhaut, Versuche über Quellung der, Memmesheimer 627.
Fürsorgestellen zur Prophylaxe, Platowsky 446.
Fürsorge für geschlechtskranke Kinder, Buschke u. Gumpert 478.
Furunkel s. Gesichtsfurunkel.
— des Ohres, Noltenius 76.
Furunkelbehandlung, Elsner 75.
— Ullmann 832.
— konservative, Zechlin 76.
— Schütz, Braun 76.
Furunkelbehandlung mit Analgit, Bramer 313.
— — Antivirus Besredka, Epstein 718.
— — Ichthyol, Kißmeyer 718.
— — Pankreasdispertsalbe, Marcuse 718.
— — Sulfur jodat. D 3, Heinemann 313.
Furunkelmetastasen, Kaufmann 523.
Furunkulose, Eigenblut bei, Schirjak 843.
— Eigeneiter bei, Lutz 313.
— Mangan bei, Joung 76.
Fusospirochätosen und Wismut, Mangabeira 660.

Gangrän, spontane — des äußeren Genitales, Teltscher 183.
*— — des Penis, Ruge 405.
— und Tod nach subkutaner Injektion, Shaine 256.
Gebärmutterhalserkrankung, Drüsen bei, Lacassagne 746.
Gefäßgeschwülste und Angiome, Andrejew 845.
Gefäßtumor, eigenartiger, Wertheim 277.
Genitalgangrän, Neosalvarsan bei, Jersild 453.
Genitalorgane, Pathologie der männlichen, Boeminghaus 783.
Geschlechtliche Untersuchung halbwüchsiger Obdachloser, Krizmann u. Levinson 382.
*Geschlechtskrankheiten, Abnahme der, Westphalen 441.
— Aufklärung über, Okun 446.
— Bekämpfung der, Cavaillon 514.
— Bekämpfung im Wolgagebiet, Bronner 382.
— Diskussion über Rückgang, Gumpert 508.
— Gesetzentwurf zur Bekämpfung der, Roeschmann 188.
— Grundriß der, Carle u. Lacassagne 383.
*— persönliche Prophylaxe der, Merz 24.
— Ratschläge bei, Bernstein 857.
— und Schuljugend, v. Brunn 479.
— und Strafgesetzbuch, Finger 478.
— unter Gefangenen, Lass, Batunin 683, 684.
Geschlechtskrankheitenbekämpfung s. Prostitution.
— Gesetz zur, Zumbusch 790.
Geschlechtsleben und Vererbung, Forel u. Dehnow 555.
Geschwulstlehre, heutiger Stand der, Sternberg 348.
Geschwülste am äußeren Genitale, Gatter 187.
— der Haut durch Fremdkörper verursacht, Finsen 82.
— Multiplizität der, Puhr 85.
Geschwulstbehandlung mit Röntgen, Blut- und Traubenzucker, Wetterer 350.

Digitized by Google

Geschwürsbildung nach Appendektomie, Mayeda 312.
— auf der Haut nach Appendektomie, Mayeda-Keio 658.
Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung, Heindl u. Demel 76.
Gewerbedermatitis, Legrain u. Barthe 471.
— durch Blumenzwiebeln, Overton 256.
— nach Okoméholz, Spitzer 276.
Gewerbedermatosen, Lehner 256.
Gewerbeekzeme, Meldepflicht der, Hasselmann 36.
Gewerbekrankheiten s. Maschinisten.
— s. Silicosis.
Gewerbeschädigungen der Haut s. Berufsschädigungen.
Gichtknoten, Histologie der, Grün 410.
Gingivitis, Chemotherapie der, Kolmer 848.
Gleichstromtherapie, Experimentelles zur rationellen, Rein 205.
Glossitis migrans, Graham-Little 596.
Glykämikern, Insulin bei, Levy-Franckel, Ducourtioux u. Brêtillon 215.

Gonorrhoe

1. Allgemeines

Eheschließung u. Gonorrhoe, Abraham 638.
Soziale Bedeutung der Gonorrhoe, Landa 382.

2. Ätiologie und Serologie der Gonorrhoe

Bordet-Gengou-Reaktion bei Gonorrhoe und Immunotherapie, Timofécff 343.
Experimentelle Gonorrhoe, Finkelstein u. Timochina 446.
Gonokokken, Bindungsreaktion, Gheorghiu 600.
Gonokokkeninfektion, perkutane, Deuber 763.
Gonokokkenresistenz gegen Wärme, Putte 240.
Gonokokken und Glykogen, Mayr 158.
Gonokokkus, Zur Biologie des, Wolff 157.
Gonoreaktion Rubinstein-Gauran, Jausion u. Diot 215.
Intrakutane Reaktion bei Gonorrhoe, Owtschinnikow u. Schischow 446.
Kaninchengonokokkentoxämie, Senkungsgeschwindigkeit bei, Chatenewer 446.
Kaninchengonorrhoe, Kalinin u. Fahlberg 425.
Komplementbindung bei Gonokokkeninfektion, Dombray 158.
Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhoe des Mannes, Jaskolko 343.
Komplementbindung bei Gonorrhoe, Heiner 426.
Pilokarpin zur Gonorrhoediagnose, Dimitriew 380.
Prophylaxe bei Gonorrhoe, Experimentelles zur, Walker 763.
Samenuntersuchung zur Gonorrhoediagnose, Leibfreid 278.
Scheidensekretreaktion, Leipold 600.
Scheidenreaktion zur Gonorrhoediagnose, Schultze-Rhonhof u. Bache 763.
Serodiagnose der Gonorrhoe, Cohn 158.
*Serodiagnostik der Gonorrhoe und Tuberkulose mit der Aktivmethode (H. R.), Hecht 676.
Spermokultur bei Gonorrhoe, Brodsky u. Leites 382.

3. Pathologie und Klinik der Gonorrhoe

Arthritis gonorrhoica phlegmonosa, Langer 779.
Augenblennorrhoe der Neugeborenen, Boussi 788.
Epididymitis gonorrhoica, Ehe, Alter und Beschäftigung bei, Koshewnikow 683.
Gonokokken, serologische Klassifikation der, Miravent, Quiroga u. Negroni 425.
Gonokokkenabszeß an der Raphe, Milian 214.
Gonokokkenerkrankung als Allgemeinleiden, Jausion 426.
Gonokokkenkultur, Sordelli, Miravent u. Negroni 425.
Gonorrhoe, Unterberg 426.
— Egyedi 808, 809.
— bei Knaben, Furmanow 426.
— der Frauen, Bucura 426.
— — — Mansfeld 426.
— — Frau, Veränderungen am Orific. intern. urethrae, Frühwald 376.
— des Auges s. Augenblennorrhoe.
— eines parurethralen Ganges und Luesinfektion, Lesser 507.
— in der Schwangerschaft, Davis 551.
— Lehrbuch, Buschke u. Langer 474.
— männliche, Orlowski 474.
— nur in parurethralem Gang, Pantoppidan 452.
Gonorrhoischer Prostataabszeß, Abortivbehandlung, Greenberger 279.
Keratodermia gonorrhoica, Beatty 763.
— — Scholtz 784.
Keratosis gonorrhoica, Bulkin 622.
Kindliche Gonorrhoe und innere Genitalien, Soeken 159.
Neubildungen in der Posterior bei chronischer Gonorrhoe, Verriotis u. Defrise 344.
Niereninfektion, gonorrhoische, Zinner 159.
Pyelitis, Gonokokken- und Influenzabazillen bei, Kopp 456.

Digitized by Google

4. Therapie der Gonorrhoe

Abortivbehandlung der Gonorrhoe, Lutz 638.
Afenil, forciert bei Adnexitis gonorrhoica, Vonkennel 787.
Akridinfarbstoff, Jausion, Vaucel u. Diot 160.
Antiseptika in Gelatine zur Gonorrhoebehandlung, Herold u. Culver 763.
Argentumpräparate, Neuere — bei Gonorrhoe, Kron 427.
Argyl bei akuter Gonorrhoe, Wohl 426.
— — — — Soltész 426.
— — — — Szente-Geisler 427.
*Arthritiden, gonorrhoische, Behandlung, Timofejeff 298.
Blennosan, Schädigungen durch, Gutmann 639.
Diathermie, Putte 240.
— bei Epididymis, Roucayrol 31.
— — Gonorrhoe, Mackintosh 343.
— — Gonorrhoebehandlung, Gluckmann 69.
— — gonorrhoischen Komplikationen, Chasanoff 446.
— — Zervixgonorrhoe, Corbusu. O'Conor 427.
Eigenblutbehandlung bei Gonorrhoe und Furunkulose, Schiller 314.
Eigenblut bei Komplikationen, Wolpjan 668.
Elektrokollargol Heyden bei gonorrhoischer Epididymitis, Günsberger 427.
Elektrotherapie bei Komplikationen, Kabatschnik 550.
Goldinjektionen, Fournier u. Mollaret 160.
*Gonaromat in der Gonorrhoetherapie, Freischmidt 710.
Goneal, Tarantelli 309.
Gonorrhoebehandlung, Kogoj 204.
*— bei Komplikationen, Saigrajeff u. Porudominsky 63.
— beim Weibe, Vágó 807.
— Kritik zur, Saenger 159.
*— nach Jausion, Diamantis 338.
— organotrope, Würzburger 160.
— s. Furunkulose.
Gonorrhoeheilung, Zollschan 787.
— Kritik der, Timofejeff 381.
— Zur, Zieler 159.
Gonorrhoeheilungen bei Impfmalaria, Hofmann 448.
Gonorrhoetherapie, Irrtümer der, Balog 181.
Gonorrhoische Arthritis, Behandlung, Bressot 182.
Gonoyatren bei chronischer Gonorrhoe, Pakheiser 764.
— — Gon. complic., Rajka 810.
Heißluft bei Zervixgonorrhoe, Immel 787.
Heißluftbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, Fieser 788.
Joddämpfe, Bilim 579.
Kalisilberjodid, Naidu 764.
Malariabehandlung bei chronischer Gonorrhoe, Lenzmann 159.
Metallsalz und Vakzinetherapie kombiniert, Boas 451.
Necaron bei akuter Gonorrhoe, Halasz 809.
— — Gonorrhoe, Pogány 427.
Neoreargon bei Kindern, Blaschko u. Trausel 639.
Nitrogensäure bei Gonorrhoe, Porosz 550.
Omnadin bei Gonorrhoe, Hajos 808.
Pellidol bei Gonorrhoe, Petschersky 446.
— — weiblicher Gonorrhoe, Bleyer 448.
*Portioerosionen, gonorrhoische, Granugenolbehandlung, Thalmann 337.
Röntgenbehandlung bei Gonorrhoe und Adnexerkrankungen, Baer 518.
Röntgenstrahlen bei Gonorrhoe und Entzündungen der Adnexe, Bär 640.
Röntgenbehandlung der Bartholinitis gonorrhoica, Sieber 182.
*Silberbehandlung der Gonorrhoe, Siebert u. Cohn 699.
Silberpräparate, neuere, Kron 160.
Sollux bei Gonorrhoe des Mannes, Beirach 806.
Tampovagan bei weiblicher Gonorrhoe, Richter 427.
Targesin bei Gonorrhoe des Mannes, Mühlhoff 764.
— — männlicher Gonorrhoe, Krechel 427.
Terpentin bei gonorrhoischer Epididymitis, Rush 279.
Tiefenwirkung in der Gonorrhoetherapie, Siebert 763.
Transargan, Thoma 160.
— bei Gonorrhoe der Frauen und Kinder, Lewinsky 427.
Trypaflavin, Clara u. Lebeuf 278.
Ur-Go bei weiblicher Gonorrhoe, Stern 427.
Uvalysat, neues Antigonorrhoikum, Lücke 639.
Vakzine, Popoff 554.
— bei Vulvovaginitis, Blanco u. Villazon 639.

Granulom, ulzerierendes, Sequeira 686.
Granuloma annulare, Burnier u. Rejsek 214.
— — Nobl 340.
— — Perutz 178.
— — Rusch 275.
— — Sézary u. Vaudremer 749.
*— — Pathogenese des, Olah 389.
— fungoides, Nobl 833.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES BERKELEY

Granuloma fungoides d'emblée s. Sarkom.
— inguinale, Fox 719.
— — Intosh 600.
— pyogenicum, Kissmeyer 450.
*— teleangiectodes sive pediculatum, Hartmann 573.
— venereum, Silva 280.
Greisenhaut s. Kolloidmilium.
Gynäkomastie, Vererbung, Fetscher 250.
— und Hodenverlust, Teligmann 454.

Haarausfall, Solarson bei, Dieckhoff 750.
— und ovarielle Störungen, Urbach 341.
*Haare, psychische Beeinflussung der, Kann 497.
Haarkleid, Untersuchungsschema für das menschliche, Saller 87.
*Haarpilzerkrankungen der Kinder, Thallium bei, Buschke u. Langer 732.
*— — — — — Dostrowsky 729.
*— Thallium bei, Kleinmann 351, 493.
— tierische, und Hautorgan, Brocq-Rousseu, Urbain u. Barotte 111.
Haarwuchsförderung, Ätherspray zur, Saudek 594.
Hämangiome, Stegemann 315.
Hämatologisches Praktikum, Ziemann 418.
Hämatoporphyrinurie, Rothmann 80.
Hämaturie, essentielle, s. Purpura haem.
— und Pyelonephritis, Mercier u. Pérard 344.
Hämaglobinurie, paxoxysmale, Strominger u. Gottfried 31.
Hämophylie s. Kapillarbeobachtungen.
Hämorrhagie als Heilmittel, Kuhn 256.
Hämorrhagische Diathesen s. Kapillarbeobachtungen.
Hämorrhoiden, Untersuchungen auf innere, Ploeger 790.
Halogene Ausschläge, Hall 257.
Harnapparat, Röntgenuntersuchung, Galbraith u. Riddell 594.
— und seine Röntgendiagnose, Endfield 594.
Harnblase s. Neurofibrome.
Harnblasendivertikel, Pokley 685.
— Polkley 785.
— Tamura 514.
Harnentleerung, Störungen der —, Mg. sulf. bei, Leibfreid u. Tuchschnid 805.
Harninfektion, Medikamente bei, Sternbach 186.
— Spirocid bei, Sternbach 456.
Harninfektionen, Urotropin bei, Schulten 788.
Harninkontinenz, Serrallach 631.
Harnkrankheiten und Röntgendiagnose, Merrill 595.
Harnleiden, Röntgendiagnose der, Redding 785.
Harnleitersteine, Briggs 551.
Harnleiterstrikturen, echte und scheinbare, Moench 344.
Harnorgane, Infektion durch Influenzabazillen, Oppenheimer 781.
Harnretention, Behandlung ohne Katheter, Pollazz 455.
— bei Kindern, Parmentier u. Deutegegger 456.
Harnröhre, Kallusgeschwülste der, Nitsch u. Bauer 788.
— Traumen der hinteren, Schlagintweit 783.
Harnröhrendehner mit Spiralen, Hayes 453.
Harnröhrenklappenbildung in der Pars prostatica, Spohr 184.
Harnröhrenspülungen, Schutzschild für, Sinkoe 279.
Harnröhrenstrikturen, Levy 184.
— Peterkin 685.
Harnsäurebestimmung im Blut, Brown 526.
Harnsteine, Praetorius 659.
Harnverhaltungen, Rubritius 185.
Harnwege, Zylotropin bei Infektion der, Nossen 783.
Haut als Schutz- und Immunitätsorgan, Gröer 662.
— Antikörperbildung in der, Fernbach u. Hepner 480.
Hautdecke und physikalische Medizin, Gasparo 791.
Hautdefekte, Heilung operativer und durch Radium hervorgerufener — bei Karzinomen von Hand, Mund und Wange, Blair 840.
Hautdesinfektion mit Dijozol, Seeliger 668.
Hauterythemfrage, Schall 41.
Hauteiweißderivat, entgiftendes, Jena 663.
Hautempfindlichkeitsveränderung für Röntgenstrahlen, Mac Kee u. Eller 692.
Hautentzündungen, psychologischer Faktor bei, O'Donnovau 687.
Hauterkrankungen und innere Medizin, Buschke u. Gumpert 78.
Hauterscheinungen in einem allgemeinen Krankenhaus, Goldenberg u. Rosen 473.
Hautinfektionen und Röntgenbehandlung, Costolor 594.
Hautkrankheiten, Geschlechts- und —, bei Maschinisten, Weronow 381.
— Histobiologie der, Kyrle 660.
— Röntgen bei, Suchareff 690.
— Staphyloyatren bei, Török 807.
— und Energiestoffwechsel, Urbach 624.
— — Glykämie, Pautrier u. Schmid 598.
— — Hydrologie, Piccinini 70.
— — Infektionen des Kindesalters, Leiner 481.
— im Zentralkrankenhaus Bangkok, Mendelson 839.

Digitized by Google

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hämoglobinresistenz bei, Braun u. Bischoff 623.
— — — Handbuch: Lues congenita, Jadassohn 839.
Hautkrankheiten, Hautleiden s. Dermatosen.
Hautmetamorphose beim Salamander und Axolotl, Reis 662.
Haut, Mineralgehalt der — bei Mensch, Hund und Kaninchen, Brown 791.
Hautpflege, Milch zur, Bruck 688.
Hautpigment und Bluttbyrosin, Steiger 628.
— s. Pityriasis versicolor.
Hautpilz, über einen neuen, Grigoraki 88.
Hautreize, viszerale Reflexe auf thermische, Freude 664.
Haut, Transmineralisation und, Pulay 315.
Hauttuberkulose, Brunsgaard 628.
— Biochemie der, Melczer 627.
Hauttumoren, tuberkulöse, Richter 119.
Hautveränderungen, zirkumskripte, bindegewebige, Sachs 623.
Hautwunden, experimentelle — und Wirkung des Wittepeptons auf die Sprossenbildung, Roulet 481.
Heberdensche Knoten, Ullmann 832.
Heftpflasterdermatitis, Montgomery u. Culver 258.
Helminthen s. Strongyloides.
Henna s. Dermatosen.
Herdreaktionen, Keller 561.
Herpesätiologie, Loewenthal 74, 694.
Herpesaffektion und ihre pathologischen Beziehungen, Roxburgh 598.
Herpeserkrankungen, Beelson 598.
— Perdrau 598.
Herpes, experimenteller, Salmon 521.
Herpesproblem, Sobernheim 521.
Herpes simplex, Histopathologie, Lauda u. Rezek 520.
— — — -Virus, Sympathische Ophthalmie durch, Gifford u. Lucie 694.
— trophische Störungen bei experimentellem, Freund 443.
— und Pocken, Immunitätsbeziehungen, Gildemeister u. Herzberg 521.
— — Varizellen, Meldrum 74.
— — — Pereira 74.
— — Zosterätiologie, Flandin 241.
— — Zosterkörperchen, Lipschütz 74.
Herpesvirus, Blut und Liquor, Fischer 695.
— Filtrierbarkeit des, Minami u. Ehara 714.
— s. aphthöse Stomatitis.
— s. Vakzine.
— und subkutanes Gewebe, Remlinger u. Bailly 694.
— zoster s. Zoster.
Hidradenom der Vulva, Hoeck 187.
Hidradénomes éruptifs, Roederer u. Diss 212.
Hirsutismus und Virilismus suprarenalis, Strauß 428, 525.
Histopathologie und Dermatologie, Highman 479.
Hochfrequenztherapie, Stieböck 311.
Hodeninterstitialgewebe als Resorptionsorgan, Simnitzky 454.
Hoden, Neoplasmen an ektopischen, Jungano 246.
— Struktur eines ektopischen, Winiwarter 454.
— Tumorbildung beim ektopischen, Rubaschow 186.
— und Prostata, innersekretorische Beziehungen zwischen, Kornitzer u. Lieben 808.
Hodenorgantherapie, Heredin 454.
Hodenstruktur s. Affenhoden.
Hodenuntersuchungen, besonders bei Cholesterinämien, Kawamoto 789.
Hodenverlust s. Gynäkomastie.
Hodgkinsche Krankheit, insbesondere Strahlenbehandlung, Burnam 284.
— — und Lymphosarkom, Strahlentherapie bei, Desjardins 847.
Homöopathie in der Dermatologie, Stein 76.
Hydatidenzyste, retrovesikale, Cochez u. Mariel 246.
Hydronephrose und Magen-Darmkanal, Samuels u. Kern 344.
Hydronephrotische Niere, Lobmayer 808.
Hygiene s. sexuelle Hygiene.
— Sexuelle — in Neu-Seeland, Rout 478.
Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans Kyrle, Pawloff 411.
— generalisata und Neoplasien, Milian 279.
Hyperhidrosis des Gesichts; lokale, Trioumphoff 285.
— einseitige, Wolff 276.
— gravidarum, Pohl 285.
— Jodtinktur bei, Seifert 44.
Hypertrichose, heterogene, Offenhend 381.
Hypertrichosis secundaria, Partheil 88.
Hypophyse und Keimdrüsen, Liebesny 663.
Hypophysenvorderlappen, Zondek u. Aschheim 664.
Hypoplasia pilorum moniliformis, Weber u. Axthausen 596, 687.
Hysterische Selbstverletzungen, Mac Cormac 30.

Ichthyosis congenita, Frankenhaus 75.
— familäre, Fornara 67.
— hystrix, Lennhoff 375.
— und Schilddrüse, Porter 417.
Ichtoxyl, Prochazka 204.

Digitized by Google

*Idiosynkrasie der Haut, Šamberger 765, 797.
— mechanische, Urbach u. Steiner 667.
— und Überempfindlichkeitszustände, Adelsberger 810.
Idiosynkrasieproblem, Jadassohn 252.
— und Primelüberempfindlichkeit, Bloch u. Steiner 624.
Immunisation, lokale, Besredka 255.
Immunität und vegetatives Nervensystem, Pilokarpin; NaCl, Belák, Sághy u. Cserésznyés 251, 252.
Immunstoffe im Serum Revakzinierter, Sato u. Kuroda 657.
Impetigo bullosa, Eletzky 554.
— contagiosa, Ätiologie, Balmain 75.
*— — und Glomerulonephritis beim Erwachsenen, Solomin 433.
— herpetiformis, Bruhns 26.
— — Scherber 79.
*— — Wreszynski 161.
*— — beim Manne, Zumbusch 543.
— Nephritis nach Artom 309.
Induratio penis plastica, Maul 375.
Infektionen, akute eitrige — in der Chirurgie, Buzello 33.
Injektionsspritze „Basocav", Hirsch 35.
Inkretologie und Inkretotherapie, Lehrbuch, Bayer u. van den Velden 688.
Interdigitale Affektionen von mykotischem Aussehen, Lévy u. Sloimovici 597.
Interrenalismus, Mathias 79.
Intertrigo vegetans, Haxthausen 450.
Intravenöse Injektionen, Venenwandschädigungen bei, Thurzo 256.
Insektenstichen, Untersuchungsverfahren nach, Hase 352.

Jodausscheidung, Mayr 206.
Jodausschlag, Semon 257.
Jodbehandlung s. Syphilisbehandlung.
Joddermasan und Jodnachweis im Gewebe, Hühne 668.
Jodintoleranz, Lanzenberg 213.

Kala-Azar, angeborene, Low u. Cooke 525.
— beim europäischen Hamster, Mayer 77.
Kalium permang. und seine Verwendung, Steim 482.
— — in Pulverform, Aurégan, Lannion 482.
Kalomelinjektionen, Lokalreaktion bei, Scarpa 67.
Kalziumtherapie s. Eigenblut.
*Kalkablagerungen, Körnerartige — in der Haut, Schütze 45.
— unter die Haut, Fock 721.
*— in der Haut, Scholtz 440.
Kalkartige subkutane Knoten, Oliver 30.
Kalkeinlagerungen der Haut, Schönfeld 25.
Kalkkonkremente der Hände, Lévy 212.
Kalkulöse Anurie, Loubriat 246.
Kankroide, multiple, Ramel 211.
Kapillaren bei Hypertonie, Lange 253.
Kapillaraneurysmen, Bettmann 663.
Kapillarbeobachtungen bei Hämophylie und anderen Diathesen, Bernuth 285.
Kapillarmikroskopie, Bettmann 251.
— Scheminsky 250.
Kapillarpathologie, Müller 667.
Kapillarphysiologie, Heimberger 248.
Karbunkel, Episkleritis metastatica bei, Krainer 313.
Karzinom des Genitales und Lymphogranulomatose der Parotis, Fischer 86.
— — Gesichts, Buschke 507.
— der Haut, O'Donovan 85.
— des Mundes, Broders 847.
— — — Radiumbehandlung, Simpson u. Flesher 43.
— — Pharynx und Larynx, Dextrose-Röntgenbehandlung der, Hinsberg 691.
— der Schleimdrüsen des Zungengrundes, Kamprath 723.
— — Zunge s. Tabes.
— — — Radiumdiathermie bei, Milligan 556.
— s. Krebs.
— melanotisches, kavernomähnliches, Nobl 340.
— Radium bei, Lazarus 692.
— Röntgenstrahlenwirkung beim, Jüngling 723.
— Röntgentherapie beim, Hartmann 724.
— Spontanheilung, Strauß 351, 723.
— subepidermoidales bei Brustkrebs, Fischer 85.
— und Buttermilchsäure, Büttner 83.
— und Milchsäuregärung, Büttner 83.
Karzinome, Behandlung inoperabler, Kordon 350.
— der Haut, Genese der Fischer 84.
— — — und die Gesamtpathologie, Ramel 528.
Karzinombehandlung, Grunert 724.
— in 3 Phasen, Lazarus 691.
— mit Röntgen nach Dextroseinjektion, Holzknecht 519.
— — — und Dextroseinjektionen, Mayer 40, 283.
— s. Hautdefekte.
Karzinomkranken, Blasenbildung der Haut bei, Finsen 452.
Karzinomzellen, Stoffwechsel der Exsudatleukozyten und, Bakker 667.
Karzinoide, multiple, Fuhs 239.
Katheter und Bougie, Geschichtliches über, v. Brunn 107.
Kavernom, Buschke 778.
Keimdrüsen, Überpflanzung männlicher, Haberland 789.

Digitized by Google

Keimdrüsen s. Hypophyse.
Keimdrüsenfunktion, Lieben 185.
Keloide nach Sonnenstrahlen, Haxthausen 453.
— Volk 178.
Keratodermie, familiäre, Sutejew 622.
Keratom, Lieberthal 472.
Keratoma dissipatum palmare et plantare, Brauer 627.
— palmare et plantare hereditarium, Arndt 780.
Keratosis blennorrhagica s. Gonorrhoe.
— follicularis spinulosa, Medina 304.
— senilis als Lichtwirkung, Haxthausen 452.
Keratosen, atrophisierende follikuläre, Lang 716.
— Zirzinäre — an den Fingern, Haxthausen 452.
Kerion, Multiples — und Lichen trichophyticus, Fuhs 834.
Kochsalzlösung, Behandlung mit — intravenös, Jacubsohn 256.
Kohlenbogenlicht, konzentriertes, Lomholt 516.
Kohlenbogenlichtbestrahlung, Schwartz 815.
Koilonychie und Basedow, Heller 781.
Kokken, subkutan verimpfte — und Traubenzucker, Shimada 684.
Koliinfektion und Kohabitation, Scholl 476.
Komedonennarben, Woronow 381.
Komplement und seine klinische Bedeutung, Herb 666.
— s. Serologie der Syphilis.
Komplementwirkung des Blutplasmas, Kabelik 568.
Kopflaus, Hase 112.
Kopfphlegmonen, Behandlung mit Silberinjektionen, Weir 719.
Kolibazillen s. Typhus.
Kolloidchemie und Medizin, Pauli 480.
Kolloidmilium (Greisenhaut) Werther 376.
Kosmetik, Neuere Richtungen in der, Mezey 841.
— und Parfümerie, Handbuch, Winter 418.
Krampfadern s. Varizen.
Kraniopagus, Spiegelbildlichkeit im Haarstrich eines, Dabelow 250.
Krankheiten, Ambulatorium für angeborene, Viarel 125.
Kraurosis vulvae s. Leukoplakie.
Krebs, Abwehrstoffe beim, Braunstein 722.
— der Mulespinnarbeiter, Southam 847.
— Störung im Vitamingleichgewicht und Röntgenwirkung, Burrows, Jorstad u. Ernst 83.
— s. Karzinom.
Krebsätiologie, Sittenfield 721.
Krebsdisposition, Borza u. Melly 555.
Krebserzeugung, experimentelle — durch dem elektrischen Strom unterworfenen Teer (Kotzareff), Simoes-Raposa u. Noronha 846.
Krebserzeugung, Konstitution bei, Auler 83.
— Teerbestandteile zur, Bloch u. Widmer 711.
Krebsentstehung, Mäusekrebs, Koch 722.
Krebsforschung, Gye 349.
Krebsgeschwülste, Röntgenwirkung auf, Hamperl u. Schwarz 691.
Krebs-Immunisierungsversuche bei Mäusen, Nather 349.
Krebsmetastasen der Haut, Überschär 148.
— — — Popowa-Blum u. Schamshin 553.
— — — Petschnikoff 553.
— Problem der, Nather u. Schnikler 349.
Krebsstroma, Histogenese des, Kromayer 84.
Krenoreaktion, Pende u. Nardelli 254.
Kuhpocken bei Säuglingen, Vollmer 410.
Kulturboden, Honig in Sabouraud-, Scopesi 70.
Kupferhaltige Salbe, Lucke 483.
Kupfersulfatlösung in Glyzerin-Alkohol, Meyer u. Jardet 748.
Kutanreaktionen bei Asthma, Jéramec 253.

Leberfunktion und Schwefel, Loeper, Garcin u. Lesure 665.
Leiomyoma cutis, Dorling 742.
Leiomyosarkom, Radiumbehandlung, Masson u. Gunsett 211.
Leishmaniosis, Gray 596.
— der Haut, Sakrepa 719.
— — — Slutzky 380.
Leishmaniose der Haut, Übertragung der, Adler u. Theodor 77.
— — — Immunisierung gegen, Jessner 719.
Leishmaniosis, experimentelle, Parrot u. Donatien 844.
Lentigines, Siemens 626.
Lenigallolvergiftung, Finsen 452.

Lepra

1. Allgemeines

Bekämpfung der Lepra, Hoffmann 356.
Epidemiologie der Lepra, Bargehr 559.
Frankreich, Lepra in, Breger 356.
Korea, Lepra in, Wilson 559.
Palästina, Lepra in, Canaan 559.

Digitized by Google

2. Ätiologie und Serologie der Lepra

Ätiopathogenese und Lymphdrüsen bei Lepra, Serra 206.
Blutbild bei Lepra, Bargehr 628.
Blutsenkungsgeschwindigkeit bei Lepra, Gilbert, Tzank u. Cabanis 753.
— — — Landeiro 559.
Hämatologische Studien bei Lepra, Luridana 71.
Hautreaktionen bei Lepra, Bargehr 117.
Lepra s. Serodiagnostik der Tuberkulose.
*Lepraerreger und Tuberkelbazillen, mikrochemisches Verhalten, Paldrock 487.
*— Zur Chemie des, Paldrock 289.
Lepraprobleme, Hoffmann 560.
Salpetersäurereaktion bei Lepra, Wable 117.
Serologie der Lepra, Pinecla u. Roseas-Pineda 117.
Seroreaktionen bei Lepra, Rubino 753.
Serum- und Fermentreaktionen bei Lepra, Sakurai 29.

3. Pathologie und Klinik der Lepra

Allergische Reaktion bei Lepra, Hoffmann 117.
Hautsensibilität bei Lepra, Rodriguez 117.
Kindern, Lepra bei, Solis u. Wade 116.
Lepra, Esquier 590.
— Graham-Little 596.
— maculo-anaesthetica, Dorling 742.
— tubero-maculo-anaesthetica, Maul 375.
— des männlichen Genitale, Torre 70.
— des Nebenhodens, Braul 379.
— s. Zoster.
Nervenverdickung bei Lepra, Cochrane 117.
Pathologie der Lepra, Gordon 115.
— — — Wade 560.
Selbstheilung der Lepra, Bargehr 560.
Syphilis und Lepra, Delmara u. Achitow, 118.
Todesursache, Lepra als, Pinedia 116.

4. Therapie der Lepra

*Antileprol und Brechweinstein zur Leprabehandlung, Treuherz 394.
Antimon bei Lepra, Hoffmann 859.
Corpotroche, bei Lepra, Machedo 849.
CO_2 bei Lepra, Lortat-Jakob u. Morlaas 214.
Krysolgan bei Lepra, Kopffer 753.
Orthopädische Probleme bei Lepra, Mac Ilhenny 753.
Pankreashormon bei Tuberkulose und Lepra, Pock-Steen u. Tuxen 753.
Leprabehandlung, Bargehr 118.
— Culion Medical Board 116.
Leprabehandlung, Perkins 118.
— de Vera 118.
— s. Chaulmoograpflanze.
— ambulante, Nägelsbach 561.
*Sanokrysin bei Lepra, Paldrock u. Rängel 372.
Sympathektomie bei Lepra, Osawa u. Nojima 560.
Vakzinebehandlung der Lepra nodularis, Little 560.

Leukämie s. Lymphosarkom.
Leukämische Lymphadenose, Arzt 179.
— Lymphadenosen, Arzt 342.
Leukämischer Tumor der Nase, Stein 276.
Leukämische Tumoren, Masson u. Gunsett 210.
Leukismus hered., degenerativer Taubstummer, Mende 315.
Leukoplakie der Harnwege, Allemann 182, 631.
— und Kraurosis vulvae, Pautrier u. Glasser 212.
— — präkanzeröse Melanose der Lippe, Nauta 307.
Leydigsche Zellen, Opacki 662.
Lichen corneus, Rusch 176.
— — hypertrophicus und Lichen planus, Spillmann, Watrin u. Creange 210.
— microsporicus, Braude u. Per 380.
— nitidus, Arndt 780.
— — Fowling 595.
— — Kren 340.
— planus der Palmae, Scherber 177.
— ruber acuminatus, Kerl 176.
— — Finsen 451.
— — Heller 27.
— — Jordan 621.
— — Kissmeyer 451.
— — annularis, Finsen 450.
— — linguae? Brandt 374.
— — planus acutus, Lortat-Jacob u. Sicard 592.
— — — atypischer, Gougerot, Decourtioux u. Tisseraud 469.
— — — der Handflächen, Spitzer 340.
— — — oris, Spitzer 340.
— — — — Stein 179.
— — — — Tardif 75.
— — — Azetylarsan bei, Audry 592.
*— — — nach Thallium, Dombrowsky 542.
— — — Strahlenbehandlung bei, Deruas 718.
— — — Wirbelsäulenbestrahlungen bei, Kolopp 210.
— — — — — Neumark u. Krynski 717.
— — Jod bei, Sakrepa 379.
— — Strahlenbehandlung, Rasch, C. 452.
— — und Sklerodermie, Rosenthal 151.

Digitized by Google

Lichen ruber verrucosis, gewerbliche Lokalisation, Bernhardt 508.
— — — oris, Busch 176.
— scrophulosorum, Haxthausen 452.
— spinulosus, Barber 596.
Licht, Woodsches — in der Dermatologie, Fuhs 740.
*Lichtausschlag bei Hämatoporphyrinurie, hervorgerufen durch Luminal, Haxthausen 827.
Lichtquellen, physikalische Eigenschaften der, Petersen 814.
Lichtschutz durch Tannin und ähnliches, Mayer 37.
Lichtsensibilisierung s. Dermatosen.
Lichttherapie in der Dermatologie, Hajnal 808.
Lichtwirkung auf die Haut, Rasch 595.
— — — — und Sorel, Urbán 808.
— experimentelle, Meyer 37.
Licht und biologische Wirkung, Nagelschmidt 484.
Lipoide der weißen Blutzellen und Oxydasereaktion, Sehrt 665.
Lipom, riesenhaftes — des Skrotums, Gussew 81.
Lipome, symmetrische, Finsen 449.
— subkutane, Esquier 590.
Liquor cerebrospinalis, Eiweißquotient im, Kafka 388.
*Lumbalpunktion, beschwerdefreie, Braun 202.
— Sitzvorrichung zur, Trautmann 569.
— s. Meningismus.
*Lupoid Boeck, Briel 794.
Lupus erythematodes, Audry 472.
— — Buschke 443.
— — Haxthausen 450.
— — Kleeberg 28.
— — Oppenheim 341.
— — Rusch 176.
— — Sachs 830.
— — Wagner-Katz 27.
— — acutus nach Krysolgan, Buschke 778.
*— — dissem. acut., Koehler 60.
— — subacutus disseminatus, Arndt 780.
— — coniunctivae, Lomholt 450.
— — d'emblée, Golay 240.
— — allein an den Fingern, French 741.
— — der Füße, Kleeberg 508.
— — der Schleimhaut, Barinboim 739.
— — Ätiologie, Füllenbaum 448.
*— — Experimentelles zur Ätiologie, Füllenbaum u. Fleck 485.
— — disc., äußere Reizung bei Entstehung des, King-Smith 245.
— — Luetinreaktion bei, Martenstein u. Granzow-Irrgang 414.
— — Sano-Krysinexanthem bei Godinho 483.
Lupus erythematodes und Lues congenita, Lortat-Jakob u. Legrain 291.
— — — papulonekrot. Tuberkulid, Löhe 27.
— — s. Tuberkulose 240.
— — Gold und Na-thiosulfat bei, Schamberg u. Wright 783.
— — Jontophorese bei, Slodkowitsch 626.
— — Krysolgan bei, Semon 742.
— erythematosus, Novarsenobenzolbehandlung, Serologie, Ravaut u. Bocage 416.
Lupuskarzinom, Brandt 374.
— Kumer 179.
— Lomholt 450, 451.
Lupus vulgaris disseminatus, Bruhns 27.
— — — Lomholt 452.
— follicularis disseminatus, Gelbjerg 451.
— — — Nander 453.
— miliaris dissem. faciei, Gottron 180.
— — — Kagelmann 375.
— — — Kumer 835.
— vulgaris s. Lues congenita.
— — mit Epitheliom, MacCormac 686.
— — — schneller Ausbreitung, Lomholt 451.
— — und Lungentuberkulose, Sentter 119.
*— — Behandlung, Eschweiler 171.
— — Kombinationsbehandlung des, Strempel 741.
Lupusbehandlung, Castel 120, 356.
— François u. de Keyser 243.
— ambulatorische, Axmann 754.
— mit Antimonbutter, Dohen 214.
— Sanokrysin bei der, Callenberg 754.
— Vierlappenplastik bei, Salomon 356.
Luxatio testis, Hamanishi u. Inokuchi 512.
Lymphadenosen s. Leukämie.
Lymphadenose, aleukämische, Arndt 443.
Lymphadenosis cutis circumscripta faciei, Jacobi 148.
Lymphangiom, Rusch 275.
— ? Thomson 686.
Lymphangioma circumscriptum, Roederer 596.
— — und Röntgen, Bychowsky 379.
— tuberosum, Sézary u. Benoist 747.
Lymphangiome, kongenitale, Wortberg 625.
Lymphangoitis bei Pirquet, Herzfeld 356.
Lymphogranulom, plazentär übertragen, Priesel u. Winkelbauer 563.
Lymphogranulomatose, Kiess 303.
— der Parotis s. Genitalkrebs.
— s. Poradenitis.
Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta, Bertaccini 207.
— — — Giacardy 416.
— maligna, Sabrazès 562.
Lymphosarkom, Lomholt 452.
— s. Hodgkinsche Krankheit.

Digitized by Google

Lymphsarkom und lymphatische Leukämie, Evans u. Leucutia 86.
Lymphosarcoma tonsillae, Angyal 351.
Lyssia-Salbe, Schneider 483.

Madurafuß (Sporotrichosis), Manninger 112.
Madurapilzerkrankung und zwei neu entdeckte Pilzarten, Gammel 838.
Mäusefavus, Simon 741.
Magnozid, Lochbrunner 254.
Malaria s. Impfmalaria.
— s. Malariabehandlung der Syphilis.
— und Askariden, Juhelder 314.
Malariaausschlag, Demjanow 694.
Marienbad s. Urologie.
Masern, Flesch 114.
— Hautproben bei, Tunicliff u. Taylor-Chikago 114.
— und Noma, Fromm 114.
Masernprophylaxe, Toomey-Cleveland 114.
Masernschutzimpfung, Torday 854.
Masernschutzserum, Baron 558.
Maschinisten s. Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Mastzellen, Holländer 32.
Maul- und Klauenseuche, neuere Ergebnisse über, Pfeiler 87.
— — — Übertragungsmöglichkeit durch Fliegen, Kunike 848.
Melaninartige Substanzen, Oxydation von, Goldmann 80.
Melanodermatitis toxica lichenoides et bullosa, Freund 305.
Melanome, Strahlenrestistenz der, Miescher 40.
Melanosarkom, Forslund 451.
— Scherber 277.
Melanose, Buschke 443.
Meningen, Permeabilität der, Kafka 569.
Meningismus nach Lumbalpunktion, Golla u. Hermann 387.
Menotoxine und ihre schädliche Wirkung, Aschner 526.
Mentagra des Plinius, Meineri 71.
Mikrosporie bei Erwachsenen, Minowada 511.
— experimentelle, Fried 554.
Mikrosporiehausepidemie, Lewenko 683.
Milch s. Hautpflege.
Milliampèremeterbeleuchtung, Nölke 984.
Minderwertigkeit, Wider die, Buttersack 418.
Mitigalvergiftungserscheinungen beim Säugling, Funk 257.
Monilethrix, Pantoppidan 452.
— Thallium bei, Buschke 26.
Moniliainfektion der Zunge, Zeisler 784.
Mongolenflecke, Narducci 306.
Morbus Basedowii s. Vitiligo.
— Darier, Arndt 443.
Morbus Darier, Scomazzoni 305.
— — und Konstitution, Artom 305.
Morphininfiltrate, Fuhs 277.
Morphoea s. Vitiligo.
Mundbehandlung mit chlorsaurem Kali in Pastenform, Polland 350.
Mundkrebs s. Krebs.
Muttermäler s. Recklinghausen, Fischer 89.
— s. Zwillinge.
Musculus pectoralis, Defekt des, Buschke 507.
Mycosis fungoides, Lortat-Jakob u. Bourgeois 214.
— — — — — Legrain 470.
— — Pautrier u. Diss 596.
— — Ätiologie, Brünauer 350.
— — Herzgeschwulst bei, Darier 556.
— — und Hautleukämide, Ravaut u. Wallich 470.
— — — Kokkobazillus, Bodin u. Chevrel 215.
*Myxödem, lokales — der Haut und Basedow, Richter 7.
Myxoedema tuberosum bei Basedow, Arndt 780.

Nabeladenom und die endometroiden Heterotopien, Föderl 527.
Nägel, Myzetennachweis in, Lombardo 309.
Naevus Pringle, Arzt 277.
— melanodes der Fußsohle, Ullmann 832.
— systemat., Scherber 177.
— s. Pflastersteinnaevus.
— s. Tierfellnaevus.
— Bindegewebs-, Werther 376.
Naevusbeziehungen, Siemens 720.
Naevusform, ungewöhnliche, Jugram 742.
Naevusformen, Beziehungen verschiedener, Meirowsky u. Leven 845.
Naevi, physikalische Behandlung, Eller 316.
— pigmentosi, Louste, Decourtioux u. Lotte 470.
Naevo-Karzinome, Kaltkauterbehandlung der, Ravaut u. Ferrand 748.
Nagelbett und Nagel, Pinkus 444.
Nagelentzündung der Zuckerbäcker, Schmidt 258.
Narben, heredoluetische periorale, Rusch 830.
— und ihre Behandlung, Grattau 846.
Narbenkarzinom, Tow u. Itoh 28.
Natrium bromatum intravenös, Sellei u. Liebner 806.
Natrium-salicyl.-Injektionen, Levent 482.
Nebenhodentuberkulose, Behandlung, Fromlet 455.
Nebenhoden und Spermienbewegung, Redenz 347.
Necrosis adiposa neonatorum, Gjelberg 412, 450.

Digitized by Google

Neger s. Ano-rektale Erkrankungen.
Neoarsphenamin, Chemisches über, Freedman 636.
Neounitarismus, Tièche 115.
Neoplasie, Über die Ursache der, Beutner 528.
Neoplasmen, Kohlenwasserstoffumsatz in, Blanchetière 722.
Nervensystem und Hauterkrankungen, Fabre 482.
— Synergismus im autonomen, Schiff 664.
Neurinome, Borchardt 80.
Neurodermitis hypertrophicans oder Lichenificatio gigantea, Mgebrow, Faingold u. Feldmann 740.
— und Neurodermie, Kreibich 714.
Neurofibrome der Harnblase, Heusch 639.
Neurovariole et Dermovariole, Biglieri 752.
Neurovariola und Hautvakzine, Experimentelles mit, Biglieri, R. 354.
Niere, ein Fall von polykystischer, Carajannopoulos, G. 632.
— Rechte — und Appendix, Laquière 343.
— — — — — Rolando 632.
— und Appendix, Beziehungen vom pathologischen Gesichtspunkte, Laquière 245.
Nierenausscheidung und Blut-Harnstoff, Goldberger 552.
Nierenbeckenerweiterungen, Butler u. Blachsett 595.
Nierenbeckenverdoppelung, Grajewski u. Eisen 595.
Nierenfunktionen und Kretininämie, Rolando 30.
Nierenschädigung und Xanthoproteinreaktion, Boeminghaus 550.
Nierentuberkulose, Niijima 685.
Nieren- und Harnleiterbewegungen, Scheele 550.
Noma s. Masern.

Ödem, lokal provoziertes, Schulmann u. Marek 520.
Ödeme, Ionengleichgewicht bei experimentellen, Aubel, Mauriae u. Boutiron 811.
Oidiomykose nach feuchten Umschlägen, Biberstein u. Grünmandel 414.
— bei Pemphigus vulgaris, Ullmann 415.
Oidiomykosis der Nägel, Scott 744.
Oleom des Gesäßes, Hudelo u. Rabut 592.
— Histologie des, Hudelo, Rabut u. Cailliau 746.
Onychie durch Bact. coli, Artom 68.
Orientbeule, Jeanselme u. Burnier 214.
*— Agronick 261.
— Versari 524.
*— Diathermie bei, Behdiet 619.
Osteomyelitis centralis gonorrhoica, Oppenheim 833.
Osteosarkom, Louste, Cailliau, Ducourtioux u. Lotte 471.
Ovaralgia erotica, Porosz 279.
Oxydierende intrazelluläre Substanzen, Loele 247.

Pachydermia acrovasoparalytica, Suzuki 511.
Pagets disease, Arzt 179.
— — Davis 686.
— — Kren 830.
— — Milian 471.
Pagetkrebs, beginnender, Heilmann 85.
Pankreasnekrose s. Zyanose.
Papillom auf Keratosis senilis, Diss u. Prieto 212.
Papilloma urethrale, Hegedus 477.
Papillomata perionychiata, Saalfeld 28.
Parabiose der Ratte und Brunft, Pfeiffer u. Zacherl 184.
Paraphimosenreposition, Baumm 639.
— — Steinmann 788.
Parapsoriasis, Szandicz 275.
— bei einem Syphilitiker, Pinard, Meyer u. Martineau 747.
— guttata? Freund 831.
— Mischtypus von, Mac Leod u. Wigley 686.
Parasiten, tierische — des Menschen, Braun 347.
Paschensche Körperchen und ihre Färbung, Morosow 480.
Pasten und Puder, Veyrières 280.
Pathomimia, Finsen 452.
Paulescos Gesetze, Ambard 552.
Pellagra, Lewis 79.
— Sutton 79.
— Rille 302, 303.
— anatomische Präparate von, Hueck 656.
— Biologie und Klinik der, Karczag 314.
— Gehirn- und Rückenmarkpräparate bei, Scholz 656.
— in Nyassaland, Shelley 527.
— versprengte, Arzt 79.
Pelzdermatitis s. Dermatitis.
Pemphigus neonatorum gravis, Endemie von, Stern 523.
— vegetans, Chatellier 743.
— — Spirochäten bei, Chaletzkaja 622.
— foliaceus vegetans — Heilung und NaCl-Ausscheidung, Kristie 411.
— vulgaris? Buschke 507.
— — Scherber 830.
— — Watrin 744.
— — Ätiologie, Felke u. Nagell 522.
— — Parasitologie des, Lipschütz 718.
— Plasmochinbehandlung, Stein 341.
— und Kolloidstruma, Khoşr 409.
— besonders der Schleimhäute, Graham-Little 687.

Digitized by Google

Akne vulgaris, Übertragung der, Maximčeva 203.
— — s. Oidiomykose.
Penisanomalien, Sievers 428.
Penisepitheliom, Prytek 506.
Penisfraktur, Redi 31.
Peniskarzinom, Föderl 184.
Penisödem bei Erythema multiforme, Selissky 806.
Periarteriitis nodosa s. Apoplexia cutanea.
Perniones, Schnupfen und Stickhusten, Steinmann 520.
Pernionen, Behandlung mit Milcheiweiß, Grossmann 72.
Perubalsam s. Wundbehandlung.
*Pflanzen, Beziehungen der phanerogamischen — zur Haut, Touton 136.
Pflastersteinnaevus, Pils 835.
Phagedänischer Schanker, Antimon- und Kaliumtartrat bei, Kingsbury u. Peck 599.
Phagozytose der Leukozyen nach Kohlenhydrate- und Traubenzuckerinjektionen, Shimada 684.
— nach Traubenzucker per os, Shimada 684.
Phimosenbehandlung, Nintilia 344.
Phlebektasie, Genuine diffuse — am Arm, Schmidt 73.
Photoaktivität bestrahlter Substanzen, Beck 42.
Pigmente, Über, Binet 844.
Pigment und Thyrosingehalt des Blutes, Steiger 80.
Pigmentanhäufung, halbseitige, Petres 315.
Pigmentbildung bei Vitiligo, Uhlmann 720.
Pigmententwicklung nach Transplantationen bei Tritonarten, Garzicic 720.
Pigmenterkrankungen, Pinkus u. Kleeberg 80.
Pigmentmäler, Entfernung von, Sellei u. Fenyö 410.
Pigmentierte Streifen im Nagel, Templeton 245.
Pigmentierung unbekannten Ursprunges, Davis 595.
— am Schenkel und multiples hämorrhag. Sarkom Kaposi, Weber 596.
Pigmentursprung vom Pyrrol und Indol, Introzzi 306.
Pili annulati, Pantoppidan 452.
Pilzbefunde bei Trichophytien und ähnlichem, Alexander 27.
Pilzflora, Pathogene — in Südungarn, Berde 413.
Pilzerkrankungen, Ballagi 351.
— Kumer 351.
— des Kopfes, Röntgenbehandlung der, Nemenow 785.
— Kaufmann Wolf und Dyshidrosis lamellosa sicca, Alexander 750.
Pilzerkrankungen, Rezidive nach Röntgen bei, Muskatblüt u. Tschernogubow 711.
*— Thalliumepilation bei, Bronstein 173.
— — — Kleinmann 622.
— — — Arzt 834.
Pilzvariabilität, Alexander 151.
Pityriasis capitis und Haarausfall, Cronquist 785.
— lichenoides, Fuhs 342.
— — Pils 272.
— — Ullmann 340.
— — chronica, Arndt 443.
— — — vesiculosa, Gottron 180.
— — et varioliformis acuta Habermann, Almkvist 512.
— — — — — — Gray 686.
— rubra Hebrae, Popelow u. Krupnikow 552.
— — pilaris, Finsen 451.
— — — Lomholt 452.
— — — acuta, Lomholt 452.
— rosea, Gougerot u. Filliol 588.
— — Weiss, Lane u. Showman 839.
— — auf Kinderköpfen, Haxthausen 452.
— — mit Primäreffloreszenz im Gesicht, Hissard 748.
*— sicca, endemische, Hartmann 217.
— versicolor auf behaartem Kopf, Shoji 511.
— — und Hautpigment, Polland 206.
Plaut-Vincentsche Angina, Wismutbehandlung der, Ferencz 87.
Plasmodiumstämme, gametenfreie, Cuboni 599.
Pneumoren, Gottlieb 659.
Pocken s. Herpes.
Pockenepidemie in Minneapolis, Sweitzer u. Skeda 630.
Pockengewebe, Kultur des testikulären, Minerwin u. Schmerling 354.
Pockenrückfall, Giraud 354.
Pockenschutzimpfung, Frommel u. Baumgartner 114.
— in Haute-Volta, Legendre 355.
Pocken und Varizellen, Unitarismus, Sahli 354.
Poikilodermia atrophicans, Lortat-Jakob u. Legrain 214.
— — vaskularis, Arndt 780.
— — — Mierzecki 716.
— — und endokrine Störungen, Bloch 78.
*Poikilodermia Jacobi, Leszczynski 321.
Poradenitis oder Lymphogranulomatose, Todd 357.
Porokeratosis Mibelli, Pawloff 379.
Präkanzeröses Stadium, Experimentelles zum, Sendrail 82.
Präkanzeröse Symptome am Penis, Sainz de Aja 304.

Digitized by Google

Prämykotisches Ekzematid, Covisa u. Gay 742.
Präputialsteine, Wakimoto 658.
Präzipitin und spezifische Kutireaktion, Shoji 510, 511, 513, 685.
Primeldermatitis, Walter u. Stein 689.
— Nestler 689.
Primelverbot s. Ekzem.
Prophylaxe, Automat zur, Měska-Košice 204.
— der Geschlechtskrankheiten, Scott 344.
Prostata- und entzündliche Augenerkrankungen, Zentmayer 455.
— und Samenblasenerkrankungen als Herd bei Arthritis, Morrissey 789.
Prostatahypertrophie und -ektomie, Oppenheimer 186.
— Nierenfunktionsprüfung bei — und Urämie nach Prostatektomie, Düttmann 659.
— und Konstitution, Blatt 186.
Prostatamassage, Stutzin 783.
Prostatasteine, Podlosky u. Elconin 595.
Prostatektomie, Diaphragma intervesico-prostaticum nach, Marion 344.
Prostatektomie, suprapubische, Oppenheimer 658.
Prostitution, Bekämpfung der, Ostrowsky 806.
— und Staat in Hamburg, Urban 786.
Proteine, Wirkung intradermal verabfolgter, Mironesco u. Farcasch 34.
Proteinkörperinjektionen, Schädigungen durch, Laufer 34.
Proteinkörpertherapie, Guhrauer 483.
— und vegetatives Nervensystem, Lukacs 33.
Prurigo aestivalis, Sellei u. Liebner 410.
— Besnier-Rasch, Parkes-Weber 741.
— nodularis, Radiumemanation bei, Lomholt 452.
Pruritus ani, Behandlung, Oliver 245.
— ano-vulvaris, Bory 747.
— -Behandlung, Meyer u. Gallerand 589.
— circumscriptus, Juster 288.
— perinei, Gallois 288.
*Pseudo-Creeping-Disease, Dahlmann 292.
Pseudohermaphroditismus masculinus internus, Josselin de Jong 789.
Pseudopelade Broq, Mulzer 25.
Pseudoschanker durch Chromsäure, Michon 744.
Pseudo-Xanthoma elasticum, Milian u. Lambert 213.
— — Watrin u. Créhange 744.
Psoriasis rupoides, Finsen 452.
Psoriasisbehandlung, Jadassohn 312.
— mit Arsen, Benech 745.
— — Goldsalzen, Hufschmidt 843.
— — Triphal, Konczvald 313.
Psoriasisbehandlung, endokrine Störungen bei, Radaeli 206.
*— Knochen- und Gelenkveränderungen bei, Curth 133.
— Lichtempfindlichkeit bei, Linser 376.
Psoriasispräparate, Lennhoff 375.
— verrucosa, Laurentier u. Vieux 215.
— vulgaris, Ätiologie und Pathogenese, Hintze u. Jeremenko 843.
*— — atypica, Gollner 725.
— — bei einem Säugling, Vorslund 451.
— — beim Kinde, Leiner 175.
— — Cholesterinämie bei, Lacroix 216.
— — — — Bernhardt u. Zalewski 634.
— — familiar., Oppenheim 178.
— — nach Röntgen und Sonnenlicht, Linser 375.
— — palm., plant. et ungium., Prokoptschuk 446.
*— — Versagen der Röntgenepilation bei, Treuherz 656.
*Psychotherapie und Hautkrankheiten, Sack 16.
Pubertas praecox, Stransky 428.
— — beim Neugeborenen, Schmidt 428.
Puder s. Pasten.
Purpura, Louste, Ducourtioux u. Lotte 470.
— bei Frauen, David 285.
— Pathogenese, Weil 242.
— annularis Majocchi, Balzer 241.
— — — Habermann 25.
— essentielle — durch Thrombozytenmangel, Koster 841.
— fulminans und Meningokokken, Battley 693.
— — Morawitz 693.
— haemorrhagica, Milzentfernung bei, Falconer u. MacLachlan 73.
— — Milzentfernung bei, Lafourcade 520.
— — nach Sulpharsphenamin, Combes 847.
— — und essentielle Hämaturie, Conner u. Bumpus 693.
— rheumatica mit Blutbefund, Borissowa 379.
Pustula maligna, Périn u. Bicard 590.
Pyelitis, Egyedi 809.
— s. Zystitis.
— in der Schwangerschaft, Lewis 345.
— und Aborte, Macomber 686.
Pyelographie bei der Untersuchung des Harn-Genitalkanales, Tyler 595.
Pyelonephritis atrophicans, Broglio 30,
Pyeloureterogramm, Casper 594.
Pyodermia vegetans, Milian 590.
Pyodermie, Milian u. Kitchevatz 590.
Pyogene Prozesse, Eigenblutbehandlung bei, Hinze 523.
Pyurie und Albuminurie im Kindesalter, Faerber 658.

Digitized by Google

Quarzlampe, Bach 476.
Quarzlampenbehandlung s. Diathermie.
— intensive, Lindsay 279.
Quarzlampenbestrahlung, Unfälle bei, Meyer 43.
— von Kühen und Wirkung ihrer Milch, Falkenheim 259.
Quarzlampenbestrahlungen, Förster 42.
Quarzlicht und Hautreizbestrahlung, Thedering 42.
Quecksilberdermatitis, Cernó 593.
Quecksilberpräparaten, Butyr.-Kakao als Vehikel bei unlöslichen, Djakow 805.
Quecksilber und seine Ausscheidung, Cole, Gaminel, Rauschkolb, Schreiber u. Sollmann 473.
Quecksilbervergiftung, Hesse 257.

Rachitis, hormokutane Salbenbehandlung der, Lévai 35.
Radium bei Hautkrankheiten, Cullough 595.
— s. Hautdefekte.
— s. Ultraviolett.
— und Blutung, Bower u. Clark 841.
Radiumtherapie, Dohi 28.
Radiumtuben, Filterapparat für, Kumer 43.
Rasse und Haut, Fleure 479.
Rassenhygiene s. Vererbungslehre.
Rattenbißfieber, Herzfeld u. Mackie 115.
Rattenbißkrankheit der Kaninchen und Mäuse, Traubenzuckerinjektionen bei, Shimada 684.
Raupendermatitis, Wada 28.
Raynaudsche Krankheit mit Nebennierenінsuffizienz, Kud 841.
Recklinghausensche Kranke, Nachkommen von, Fischer 713.
— Krankheit, Berson u. Löweiko 805.
— — Brandt 374.
— — Fischer 99.
— — Llambias 527.
— — Nobe 176.
— — Siemens 348.
— — Stein 179.
— — Urbach 177.
— — Weber 596.
— — gastrointestinale Lokalisationen, Banerjee u. Christeller 80.
— — mit umfangreicher Geschwulstbildung, Dechaume 845.
— — s. kongenitale Syphilis.
— — s. Neurinome.
Regenerationsfähigkeit der Haut durch Insulin, Adlersberg u. Perutz 662.
Reizkörpertherapie, Nagy 34.
— mit Olyptol, Kärcher 34.
— — Yatren-Kasein, Ziemann 34.
Reiztheorie und Lichtbehandlung, Theilhaber 484.
Reiztumorenforschung, Brandes 350.
Rektalschleimhaut, Sichtbarmachung der — beim Weibe, Jersild 307.
Rekurrens s. Ratten.
*——Naganainfektion, Schreus 501.
*—— Beziehungen der Erreger bei der, Joseph 501.
Rhinosklerom, Komplementbindungsreaktion bei, Elbert, Feldmann u. Gerkes 724.
*Rhinophyma, Heilung des, Porosz 776.
Röntgenbehandlung der Neuralgien, Müller 282.
— erkrankten Lymphgewebes, Evans u. Leucutia 815.
Röntgenbestrahltes Gewebe, Reaktionsänderungen, Liechti 206.
Röntgenbestrahlung akuter Entzündungen, Kingreen 39.
— — — Schüler 39.
— — — Seemann 840.
— in verteilten Dosen und Hautreaktion, Stenström u. Mattik 41.
— und Anaphylaxie, Hajos 481.
— — Entzündung, Heidenhain 281.
— Urobilinogenausscheidung nach, Bromeis 260.
Röntgendosiszähler „Mekapion", Strauß 519.
Röntgendosen zum Erythem, Leddy 840.
Röntgendosierung, Markley-Denver 474.
— in der Praxis, Holzknecht 283.
Röntgendosis und Netzspannung, Wucherpfennig 284.
Röntgeneinheiten, Toleranzdosis in, Schreus u. Schönholz 519.
Röntgenfiltersicherungsschloß, Neugebauer 841.
Röntgenfiltersicherung und Ventilation, Singer 284.
Röntgenfilterung bei Oberflächentherapie, Uhlmann 741.
Röntgenganzbestrahlung, Liebenstein 518.
Röntgenkastration, temporäre, Guthmann u. Bott 40.
Röntgenkleindosis, Peter 518.
Röntgenschäden der Haut, Lewin 520.
Röntgenschädigung der Haut, Simon 283.
— — Niere, Domagk 692.
Röntgenschädigungen außerhalb des Bestrahlungsfeldes, Schoenhof 42.
— bei Diagnostik, Schubert 520.
Röntgenstrahlen, Härtemessung der, Holthusen 691.
— Hauttoleranz für, MacKee u. Eller 819.
— indirekte Heilwirkung der, Waterman u. Kromme 690.
— und gewisse Blutbestandteile, Gigon u. Lüdin 39.
— — Kapillaren, David 39.
— — Pirquetreaktion, Liebersohn u. Schimanko 518.
— — rote Blutkörperchen, Krömeke 39.
— — Säurebasenhaushalt, Pannewitz 517.

Digitized by Google

Röntgenstrahlen, Wirkungsmechanismus, harter, Koose 690.
— — — Rahm u. Koose 38.
Röntgenstrahlenmessung, Standardisierung der, Schreus 446.
Röntgenstrahlenquanten und bösartige Tumoren, Biró 281.
Röntgentherapie der Entzündungen in der Gynäkologie, Wagner 282.
— physiologisch-technische Grundlagen, Hirsch u. Holzknecht 786.
Röntgentherapeutisches Hilfsbuch, Lenk 839.
Röntgentiefenbestrahlungen und Komptoneffekt, Rajewski 283.
Röntgenulkus, Buschke 507.
— Behandlung, Sonntag 41.
— — Tempsky 41.
Röntgenulzera, Langer 180.
— mit Thorium X und Doramad behandelt, Fabry 284.
Röntgenuntersuchung bei Erkrankungen der Urethra, Langer 594.
Röntgenwirkung, allgemeine, Zacherl 38.
— an lymphoidem Gewebe untersucht, Lacassagne u. Grigouroff 815.
— auf Blutbestandteile, Gigon u. Lüdin 840.
— — Kaulquappenhaut, Colwell u. Thomson 816.
— — Keimdrüsen und Nachkommen, Bagg 692.
— biologische, Groedel u. Schneider 38.
Röteln, Hasselmann-Kahlert 354.
Rotlauf beim Menschen, Schrapf u. Fouquet 77.
Rotz, chronischer, Linser 376.
— — beim Menschen, Sacrepa 410.
Rubeola gravis, Zadik 751.
— scarlatinosa, 4. Krankheit, Fervers 751.

Salvarsan, Zyto- und Parasitotropie, Grünbaum 446,
— s. Salvarsanbehandlung der Syphilis.
Salvansanpräparate, Staatliche Prüfung der, Kolle u. Leupold. 858.
Salvarsanreaktionen und autonomes Nervensystem, Hanslik u. Thienes 31.
*Salbenbereitung, Welcker 439.
Salbenerfolge und Wasserstoffionen-Konzentration, Stern 255.
Salbenherstellung, Brandweiner 255.
Samenblasenerkrankung s. Prostata.
Sanokrysin und Hauterscheinungen, Ramel u. Michand 860.
Sarkom, Scherber 277.
— der Prostata beim Kinde, Laquière u. Bouchard 344.
— und Trauma, Levy 724.
— — Granuloma fungoides d'emblée, Nienhuis 847.
Sarkoma multipl. idiopath. Kaposi, Sequeira u. Brain 418.
Sarkomatosis cutis, Gelbjerg 450.
— Perrin, Graham-Little 742.
— multipl. idiopath. Karposi, Ramel 211.
Sarkombehandlung, Wollner 86.
Sarkoid, Haxthausen 452.
— Boeck, Barber 686.
— — Jakubson 446.
Scabies, Aulin bei — und Ungeziefer, Janson 353.
— — — — — — Kleist-Schwarzkopf 353.
— Fixationsreaktion, Nicolau u. Baucin 112.
— Schnellkur, Oppenheim 353.
Schambergsche Krankheit, Bruhns 26.
Schanker, phagedänischer, Milian u. Lenormand 748.
Scharlach, Breinl 113.
— Kramár u. Franciszezi 113.
Scharlachansteckung, Brelet 113.
Scharlachantitoxin, Andersonu. Leonard-New Brunswick, 113.
Scharlachauslöschphänomen, Ciuca u. Craciunesco 353.
Scharlach, Dicksche Impfung bei, Heller 751.
— experimenteller, Rosen, Kritch, Goulayewa, Skalkina 859.
Scharlachproblem, Brumthaler u. Wülffing 751.
Scharlachprobleme, Rudder 558.
Scharlachserum, antitoxisches, Lunin 751.
Scharlachstreptokokken und Dick-Toxin, Bieling 113.
Scharlachstudien, Buschmann 751.
— Toomey, Braun u. Halperin 751.
Schimmelpilze und menschliche Haut, Niethe 626.
Schimpanse s. Achselhöhlenorgan.
Schizosacharomykose, Benedek 377, 412.
Schrammsches Phänomen bei Spinalerkrankungen, Komaya 29.
Schwefel s. Leberfunktion.
Schwefelanwendung, Bory 254.
Schwefelbad Mazesta, Hauttherapie im, Lawrow 553.
Schwefelgehalt im Blut, Loeper 248.
Schwefelpräparat, neues, Hübner 482.
Schwefelverbindungen von Soda und Pottasche, Veyrières 449.
Schweißes, Chemische Analyse des, Barney 750.
Schweiß und Harnsäure, Volt 247.
Schweißabsonderung s. Schwitzen.
Schweißdrüsen und Farbstoffausscheidung, Takahashi 685.
Schmeißdrüsenabszesse, Behandlung, Hoche u. Moritsch 285.
— — der, Müller 858.

Digitized by Google

Schweißdrüsenbau, Branca 659.
Schwitzens, Physiologie des, Borchardt 479.
Serodiagnostik, Zur Theorie der, Mez u. Ziegenspeck 419.
Sklerema neonatorum, Gray 472.
Sklerodaktylie, Buschke 180.
Sklerodermie, Buschke 443.
— Heller 27.
— Jacobi 148.
— Jeanselme u. Burnier 589.
— s. Lichen ruber.
— Tschumakow 805.
— en bande, Sachs 276.
— — plaques, Renier 340.
*— — — Hodara 224.
— universelle, Kumer 835.
— zirkumskripte, Fuhs 179.
— mit — daktylie, Maschkilleisson 446.
— daktilie und endokrine Störungen, Spillmann, Créhange u. Weill 745.
— mit Epitheliom, MacLeod u. Wigley 686, 741.
— symmetrische, Simon u. Michon 744.
— endokriner Apparat, Jedlicka 593.
— und Hautverkalkung, Pernet 625.
— Röntgentherapie bei, Heinismann u. Czerny 720.
Sklerodermien, Laennec u. Delarnè 721.
Skleroedema adultorum Buschke, Hofmann 846.
Sklerosis diffusa der Haut in inneren Organen, Heine 349.
*Seidenbougies und Seidenkatheter, Aufbewahrung und Sterilisation von, Rosenburg 777.
Sensibilisierung mit Orthoform, Schwarzschild 378.
Sensibilität der Haut gegen äußere Reize, Hayashi 658.
Sexualhormon, weibliches — und Geschlechtsbestimmung, Frank u. Goldberger 183.
Sexualhormonartig wirkende Stoffe aus Pflanzenzellen, Tokokinine, Dohrn, Faure, Poll u. Blotevogel 183.
Sexuallebens, Anomalien des, Mühsam 477.
— Pathologie der Jeanne d'Arc, Lüdecke 477.
Sexuelle Hygiene in Rußland, Haustein 554.
Silbers, Oligodynamische Wirkung des, Wernicke, Dortzenbasch u. Barrera 812.
Silicosis universalis, Kogan-Jasny 813.
Skrophulöses „Gumma", vereinzelt Tuberkelbazillen, Gelbjerg 451.
Sonnenlicht und Hautveränderung, Steiger-Kazal 258.
Sonnenstrahlennetz im deutschen Nordseegebiet, Galbas 256.
Soorbehandlung, Fische 87.
Solluxlampe s. Diathermie.
Spermien s. Nebenhoden.
Spindelzellensarkom, Gruß 275.
— der weiblichen Urethra, Schmidt 477.
Spirillosen der Mundhöhle; Spirozidbehandlung bei, Hutter 724.
Spirochäte Vincenti s. Bazillus fusiformis.
Sporotrichose als Berufsdermatose, Foerster 352.
Sporotrichosedarstellung durch Jod, Lennhoff u. Kagelmann 377.
Sporotrichose s. Abszesse.
Sporotrichosis meningitis, Hyslop, Neal, Kraus u. Hillmann 352.
Sporotrichosis s. Madurafuß, Manninger 112.
Sprue u. Addisonsche Anämie, Newham u. Morris 79.
Spülansatz, keilförmiger, Boulanger 246.
Staphar bei Kindern, Stern 34.
Staphylokokkenfiltrate Besredka, Kalinin 792.
Staphylokokkenkeime, intravenös verimpfte und Traubenzucker, Shimada 684.
Staphylomykosen, Behandlung progredienter, Benedek 843.
Starkstromverletzung, Buschke 149.
Sterilität des Mannes und ihre Behandlung, Neuwelt 789.
Sterilisierung, Hormonale — weiblicher Tiere, Haberlandt 640.
Stoffwechsel des Gewebes und Sympathikus, Heim 253.
— und Schwefel, Fleurin 248.
Strahlen des sichtbaren Spektrums und Haut, Schultze 247.
— Ultraviolette — in der Dermatologie, Belot 212.
— — — — Nahrung und Körper des Kindes, Koeppe 259.
— — — und rote Blutkörperchen, Koeppe 258.
— — — — Sensibilisierung, Lakschewitz 259.
Strahlende Energie, Haut und Blutdruck, Bucky u. Manheimer 37.
Strahlenschutzröhren, Hausser 519.
— Anforderungen an, Thaller 42.
Strahlentherapie, Reizwirkung und Immunität in der, Desjardins 516.
Strahlentherapeutische Sensibilisierung mit Senföl, Schwarz 283.
Strahlenwirkungen, Biochemie der, Kroetz 690.
Strahlenwirkung, biologische, Nakashima 281.
Streptobazillus, Biologie und Diagnostik der Infektionen, Miravent, Quiroga u. Sosa 424.
Streptobazilluskultur und biologische Untersuchungen, Nicolau u. Banciu 157.

Digitized by Google

Streptokokkenhypertrophie der Unterlippe, Beinhauer 556.
Streptokokkenzüchtung von der Haut, Harthausen 450.
Streptotrichose bei Lungentuberkulose, Münster 112.
Strikturen der weiblichen Harnröhre, Pugh 477.
Strongyloides intestinalis im Urogenitaltrakt, Robitschek 788.
— Kutanreaktion bei Infektion mit Fülleborn 557.
Strongyloidesträgern, Hautquaddeln bei Fülleborn 557.
Strophantin in der Urologie, Zehn 783.
Strophulus, Atels 481.
Suspensorium, Bodnár 810.
Sykosis simplex, Behandlung, Geiger 341.
— trichophytica s. Mentagra.
Sympathikusbestrahlungen bei Dermatosen, Gouin, Bienvenue u. Dewing 749.

Syphilis

1. Allgemeines

Afrika, Syphilisbekämpfung im äquatorialen, Margueridon 358.
Altertum, Syphilis im, Hildebrand 357.
— — — Sumston 861.
Asowsches Meer, Lues bei den Transportangestellten auf dem, Lawrow 554.
Asthenie, Chronische — und Syphilis, Benon 417.
Basedowsche Krankheit und Lues, Haslund 451.
Budapest, Syphilisinfektion in, Csillag 358.
Dispensaire, Syphilisbekämpfung durch die, Tapelson 382.
Ehe und Syphilis, Jewesburg 638.
— — — Lacapère 638.
— — — Panton 68.
— — — Riddoch 68.
Exotische Syphilis, Montpellier 343.
Frankreich, Syphilis in — und im Ausland, Petit 358.
Frühgeschichte der Syphilis, Sigerist 357.
Geschichte der Abnahme der Syphilis, Gumpert 781.
Gesundheitsuntersuchung, Syphilis und periodische, Bloedorn 637.
Gravidität und Syphilis, Heft 553.
Heiratserlaubnis bei Syphilis, Zinsser 759.
Hodenuntersuchung bei Syphilitikern, Salecby 209.
Kasan, Erbsyphilis in, Jellin 553.
Kirgisen, Lues bei den, Paschalow 554.
— nomadisierenden, Syphilis und Hautleiden unter den, Selmanowitsch 806.
Klimakterium, Vorzeitiges — und Syphilis, Kahn u. Smelow 380.
Krankenhaus, Syphilis im, Moses 635.
Lande, Lues auf dem — und ihre Behandlung, Rossianski 554.
Lebensweise und Syphilis, Moskwin 479.
Lungentuberkulose, Syphilis und, Liberopulo 359.
Niederländisch-Ostindien, Syphilis in, Hermans 563.
Rückgang der Lues, Gumpert 444, 781.
— — Syphilis, Kolle u. Laubenheimer 563.
Smolensk, Lues im demidowschen Kreis des Gouvernements, Tapelzon 553.
Soziale Beziehungen der Syphilis, Travagli 309.
Syphilis, Jameson 636.
— Abnahme der, Gumpert 444.
— in der Praxis, Mulzer 515.
*— insontium im Gouvernement Smolensk, Grschebin 545.
— Klinik der, Hollander 685.
— und Atrophie, Fowling 595.
— unter Geisteskranken, Hall 637.
Syphilisbekämpfung, Hoffmann 661.
Syphilisliteratur, Russische — 1920—25, Grshebin u. Tapelson 446.
Syphilisstatistik der Pariser Prostituierten. Bizard 748.
Syphilisverlauf, zur Statistik, Jukelis u. Schneierson 683.
*Tuberkulose, Syphilis und, Analogien und Gegensätze in der Pathologie, Poór 361.

2. Ätiologie und Biologie der Syphilis

Biologie der Syphilis, Jacobson 754.
— — — Lesser 128.
Primäraffekt, Histologie, Watanabe 512.
— Verteilung der Spirochäten im, Watanabe 512.
Reinfectio luetica? Meincke 450.
Reinfektion, vermutliche, Haxthausen 450.
— Kedroff 553.
— Lass 564.
— Lévy 597.
— Mapes 345.
— Mamissoff 381.
— Pais 342.
— Pseudoreinfektion, Superinfektion, Carle 242.
— und Superinfektion, Piccardi 309.
— — — Carle 128.
Spirochaeta-pallida-Kulturen und ihre Reinigung mit chemischen Methoden sowie ultravioletten Strahlen, Wilkes-Weiß u. Weiß 863, 864.
Spirochaeta pallida, Reinkultur der — —, zur Diagnose, Wichmann 697.
— — immunologische Stämme der, Kolmar, Wilkes-Weiß, Richter 756.

Digitized by Google

Spirochäten, sterilisierende Kraft des Salvarsans gegenüber den, Kritschewsky 740.
— — — — — — — Kolle 740.
Spirochätenimprägnation nach Fontana-Tribondeau, Jakimoff 863.
Spirochäten und Syphilis, Breton 128.
Superinfektion, Milian 280.

3. Experimentelle Syphilis

Experimentelle Lues congenita, Fischl 385.
Kalziumgehalt des Serums bei Lues, Rosen u. Krasnow 636.
Kaninchenkeratitis, Syphilitische — und mechanische Reizung, Domon 515.
Kaninchensyphilis, Experimentelles zur Heilung der, Uhlenhut u. Großmann 756.
— schwere, Uhlenhut u. Großmann 715.
— Superinfektion bei, Manteufel u. Richter 385.
Lamasyphilis? Hoffmann u. Zurhelle 205.
Nagana- und Lueserkrankung, Experimentelles zur, Schumacher 415.
Neurotropie bei Kaninchenlues, Bergel 756.
Reinfektion bei syphilitischen Kaninchen, Nothhaas 566.
Rekurrensstämme, Salvarsanfestigkeit der, Kritschewsky 683.
Rekurrens und Syphilis, Nicolau 566.
Rückfallfieber, Experimentelles, Strempel u. Armuzzi 757.
Rattenrekurrens, Salvarsan bei, Lebedewa u. Sinjuschina 806.
Rekurrensinfektion der Maus, Salvarsan bei, Schreus u. Weisbecker 420.
Salvarsanresistente Spirochäten; Experimentelles, Hoffmann u. Armuzzi 566.
Salvarsan und Immunserum bei experimenteller Rekurrens, Krantz 761.
— — Rekurrensspirochäten, Johannessohn 154.
Salvarsanwirkung bei der Maus, Launoy u. Nicolle 153.
Spirochaeta Duttoni im Hirn bei Rekurrens, Jatnel 599.
Spirochätenkrankheiten, Zur Pathologie der — — (Rekurrens), Steiner, Henning u. Steinfeld 127.
Spirochätenpersistenz bei Rekurrens, Kroó 127.
Syphilis der Neugeborenen, Experimentelles zur, Philipp 566.
— experimentelle, und Menschensyphilis, Prigge 127.
Syphilisforschung, experimentelle, Manteufel u. Worms 864.
Syphilisinokulation beim Kaninchen in die Nasalregion, Domon 513.
Syphilis und Tierexperiment, Mulzer 127.
Tellur bei Kaninchensyphilis, Levaditi u. Nicolau 423, 571.
Treparsol bei Kaninchensyphilis, Orloff 806.
Vererbung der Kaninchensyphilis, Uhlenhuth u. Großmann 567.
Wismutschmierkur bei Kaninchensyphilis, Albrecht u. Evers 761.

4. Serologie der Syphilis, Liquor

Aktive Seren bei Seroreaktion, Hecht 386.
Arnethsche Formel bei frischer Syphilis, Cerchiai 208.
Arsenobenzol, Serum in vitro und Dunkelfeld bei Anwesenheit von, Crosti 208.
Azetanhydritreaktion der Spinalflüssigkeit, Nicole 69.
Ballungsreaktion R. Müllers, Sowade 376.
Benzocholreaktion, Sachs-Klopstock-Ohashi, Lehmann-Facius 568.
Benzoereaktion, kolloidale —, Technik, Guillain, Laroche u. Lechelle 688.
Blutgerinnung, Syphilis und Neosalvarsan, Kassandrow 380.
Blutveränderung, die syphilitische, Sachs u. Klopstock 757.
— künstliche Erzeugung luetischer, Heimann 129.
DMHo-Reaktion, Schereschewsky 758.
Doldsche Trübungsreaktion, Brussilowskaja 382.
Flockungsreaktionen, Nedumow 622.
Flockungsreaktion bei Syphilis, Dujarric de la Rivière u. Kossovitch 131.
Flockungsreaktionen bei Lues, Vergleichsergebnisse, Kline, Littmann u. Mill 637.
Framboesie-Immunität der Paralytiker, Jahnel u. Lange 360.
— und Syphilis, einfache Serodiagnose der, Hashikuchi 512.
Goldsolreaktion, Zur, Uhlenbruck 759.
Kahnsche Flockungsreaktion, Greenbaum u. Jagle 130.
Kahn-Reaktion, Houghton, Hunter u. Cajigas 568.
Kodama-Reaktion, Marcyaniak 632.
Kolloide Syphilisreaktionen, Wesen der, Epstein 568.
Komplementbindung mit aktiven Seren, Berger 757.
Komplementbindungsreaktion Kolmer, Uchida 757.
Komplementfixation bei Lues mit cholesterinisiertem Antigen, Gilbert, Langworthy u. Moore 636.
Leiche, Serodiagnose an syphilitischer, Krauspe u. Schmechel 130.
— — der Lues an der, Meinicke 387.

Digitized by Google

Liquor bei Zisternen — und Lumbalpunktion, Baumann 759.
Liquordiagnostik bei Lues, Mras 132.
— — Neurolues, Grshebin 388.
Liquorreaktionen bei Paralytikern, Sézary u. Barhé 124.
Liquorreaktion Blumenthal bei Neurolues, Serafimow 388.
Liquoruntersuchung, Teschler 759.
— Neue Apparatur zur, Kafka 569.
Liquorveränderungen durch Syphilis bei den algerischen Muselmännern, Raynaud, Lacroix, Goeo-Brissonnière u. Beraud 216.
Lumbalpunktion, Hoffmann u. Konrad 132.
Luetin-Busson, Silaenkoff 445.
Luetinreaktion s. Lupus eryth.
*— Lehner u. Rajka 502.
Marchionini-Schellackreaktion, Thurzo 131.
Meinicke-Mikroreaktion, Feuerstein 758.
— — Kovács 131.
— — Spranger 387.
— — Steiner 387.
— — Strelow 567.
— Sachs-Georgi- und WR, Stern u. Frank 758.
— T. R., Modifikation von Unterstein für Liquor, Mendlowitz 387.
— Trübungsreaktion, Szirmai 567.
*Neosalvarsan und Bildung der Immunkörper, Melczer u. Dahmen 581.
Organerkrankungen, interferometrische Blutuntersuchung bei syphilitischen, Groedel u. Hubert 419.
Reagine, syphilitische — im Fruchtwasser, Nathan 758.
Retroplazentarblut, Untersuchungen des, Hackemann 758.
Sachs-Georgi, Kälteflockung, Baumgärtel 130.
— -Klopstockreaktion bei Syphilis, Gamna u. Andrei 69.
Salvarsaninjektionen, provokatorische und WR, Martin 633.
Schellakreaktion, bikolorierte für, Thurzo u. Marchonini 388.
Schellacksolreaktion, Thurzo 758.
Schnellreaktion bei Lues, Kadisch 131, 151, 181.
— Kadisch, Kadisch 27.
Senkungsreaktion und Lues, Adler 568.
Serodiagnose der Syphilis, Haim 466.
— — — Rubinstein 757.
Serologie der Lues, Blumenthal 131.
— — — Blumenthal u. Schwarzman 130.
— — — Walter 634.
Serologischer Nachweis verkannter Syphilis, Hecht 385.
Serumeiweiß, Veränderungen bei Lues, Somogyi 447.
Serumflockungsmethode bei Lues, Prunell 567.
Syphilisforschung, Quéry-Serum in der, Manteufel, Richter u. Worms 756.
Syphilisimmunität der Paralytiker, Jahnel u. Lange 756.
Syphilis und Framboesie, Immunitätsbeziehungen, Matsumoto 513.
Trübungsreaktionen, Muttermilch 131.
Vernessche Flockungsreaktion bei Syphilis, Baylis 209.
Wassermannreaktion, Ausführungsbestimmungen, Blumenthal 385.
— bei internen Erkrankungen, Lindtau 386.
— die positiv bleibende, Beinhauer 636.
— in der Milch der Wöchnerin, Rottmann u. Franken 759.
— Klinische Bedeutung der, Lawrence 209.
— Meerschweinchentrockenkomplement bei, Luridiana u. Pais 308.
— paradoxe s. Tuberkulöse.
— mit geschütteltem Serum, Pfanner 387.
— mit Rheometer Vernes, Petragnani 208.
— schwach positive, Mitchell 386.
— Trockenkomplement bei, Ganz 567.
— und Luesreagin, Belding 636.
— Kahn-, Bruck- und Sachs-Georgi-Reaktion, Bojewskaja 382.
— und H-Ionenkonzentration, Khan 636.
— Ursache der positiven, Brandt, Guth u. Müller 386.
— Ursachen der Blutveränderung bei, Freiwirth 386.
— Vereinfachung der, Kirs 130.
*Wassermann- und Meinicke-Reaktionen, Ursache von Fehlergebnissen, Engelhardt 332.
Wassermannstatistik in Toulouse, Chatellier u. Garipuy 749.

5. Primäre Syphilis am Genitale

Ikterus und Primäraffekt, Louste, Thibaut u. Tisserand 215.
Lymphangitis dorsalis penis bei Sklerose, Watanabe 513.
Primäraffekt der Scheide, Reiner 807.
Primäraffekte, Zwei — der Scheide, Devojanz 805.
Schanker, verzögerte syphilitische, Gougerot 213.
— verzögerter syphilitischer, Montpellier 592.

Digitized by Google

6. Sekundäre und tertiäre Syphilis der Haut und Schleimhäute

Atrophia maculosa syphilitica, Dowling 687.
Blutbefund, negativer — bei Lues II, Brooklyn 551.
Erythema nodosum syphilit., Nobl 276.
Fieber bei Syphilis, Laurentier 472.
— — — Roch 120.
— syphilitisches, Kusnetzoff 861.
Gumma nach Unterarmfraktur, Baikow 755.
— ulzeriertes, Kleeberg 28.
Gummata an Stelle von Bi-Injektionen, Langer 778.
— des Dickdarms und Afters, Jakowleff 379.
Gummöse Lues, Freund 831.
— — Scherber 176.
— — nach Hundebiß, Gougerot u. Filliol 588.
— Zerstörung der Nase, Buschke 507.
Herxheimersche Reaktion, Hasselmann 762.
Hyperchromie im Gesicht bei Lues II mit asthenischen Erscheinungen, Spillmann 745.
Juxtaartikuläre Knotenbildung, Feldmann, Bratzlawsky u. Faingold 379.
— — Jeanselme u. Eliascheff 524.
— — im äquatorialen Afrika, Margeridon 524.
— — und Lues, Plessow 121, 659.
— syphilitische Knotenbildungen, Jessner 413.
Leucoderma luet., Buschke 705.
— syphil. asymmetr., Kliorin 712.
Lues ignorata, beinahe operiert, Agronik 754.
— latens, Stokes 638.
— — Szántó 120.
— lupoides nasi, Sachs 176.
— maligna, Parfenenkoff 806.
— II, Planner 835.
*— — 3 Fälle durch eine Person, Ruge 405.
— — ohne Laboratoriumsbefunde, Pautrier, Lévy u. Ullmo 212.
— III mit Röntgenschädigung kombiniert, Schubert 623.
— tuberoserpiginosa et papulosa, Buschke 149.
Lymphadenitis gummosa inguinalis, Löhe 149.
Onychie, Syphilitische — des freien Nagelrandes, Milian 449.
Penisamputation, Spontane — nach Gumma, Gielmann 553.
Rezidive der Syphilis, Henningsen 451.
Rezidive nach Behandlung der Frühsyphilis, Dennie 208.
Rezidivexanthem, luetisches, Fischl 276.
Skleriforme Papeln, hämatogene Entstehung, Planner 833.
Spontangangrän und Lues, Kazda 122.
Syphilid, framboesieformes, salvarsanrefraktäres, Planner 178.
— großes ulzeratives, Lomholt 450.
— knotenförmiges, Haxthausen 451.
— lichenoides, Pautrier u. Sleimovici 212.
— tuberoserpiginöses — und Acrodermatitis atroph., Buschke 149.
— vesikulo-tuberöses, Grigorjeff 683.
Syphilide der Palma, Goodmann 209.
Syphilis d'emblée, Bory 747.
— der Bindehaut des Auges, Talkowski 123.
— des Mundes, O'Leary 637.
— — — Clem 345.
— — Rektums, Montague 209.
Syphilisreaktionen, sensibilisierte — und Klinik, Portmana 451.
Syphlome, Worster 120.
Traumatische Syphilis, Clément-Simon 211.
— — Lévy 213.
— — Milian 280.

7. Extragenitale Syphilisinfektion

Extragenitale Primäraffekte in Stockholm 1821—1920, Norström 449.
— Schanker, Kedrow 445.
— Syphilis, Wein 861.
Primäraffekt am Bauch, Divella 71.
*— an der 4. Zehe, Ruge 404.
— der Zunge, Löhe 149.
— des Septum nasi, Babajanz 381.
— intranasaler, Hudelo, Dumet u. Filhoulaud 589.
Primäraffekte auf der Brustwarze, Lewin 445.
Syphilis, professionelle, Faingold 120.

8. Syphilis des Bewegungsapparates

Arthropathien, Syphilis und Salvarsan, Kaplun 380.
Gummi der Sternoklavikulargelenke, Pack u. Beck 635.
Knochensyphilis, Bertaccini 68.
— Dillingham u. Cafferty 635.
Knochen- und viszerale Syphilis, Babajew 861.
Spina ventosa syphilitica, Gastinel u. Müller 748.
Spondylarthritis cervicalis luetica, Jessner 861.
Spondylitis, syphilitische, Glaubersohn 622.

Digitized by Google

9. Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane

Eheleute, Syphilis des Nervensystems bei, Gordon 208.
Iritis luetica, Weiss 808.
Herzsektionen bei Tabikern und Paralytikern, Ostmann 124.
Kopfschmerz, der abendliche — bei Lues, Buzoianu u. Tovavu 360.
Labyrintherkrankung bei Meningitis syphilit., Bernucci 72.
Lues cerebri, Goodman 123.
Mastoiditis und Lues, Truffert 123.
Metasyphilis und Fehlen früherer Hauterscheinungen, Bruck 755.
Neurolues, Hunt 636.
— Sezary 346.
— Wildmann 635.
— Behandlung der, Nonne 153.
— erste Symptome der, Bluemel 635.
— Stadien der, Myerson u. Yorshis 635.
— und Blutveränderungen, Model u. Gogower 755.
Neurorezidive und Metalues, Friedmann 124.
Pseudolähmung und Lues, Engel 125.
Paralyse, Entstehungsursache der, Kaltenbach 565.
— juvenile — und Infantilismus, Bunker 637.
Paralyselehre, Fortschritte in der, Wagner-Jauregg 862.
Paralysestatistik, Aichenwald 360.
— der Schweizer Irrenhäuser, Itten 360.
Paralysestudien bei Negern und Indianern, Plaut 383.
Paralytiker s. Framboësieimmunität.
Tabes, Pandy 124.
— kindliche, Lilienthal u. Lange 124.
— mit Hauterscheinungen, Wahl 589.
— und Zungenkarzinom, Buschke 149.
— s. Lues congenita.
— s. Zoster.
Vakzination und Paralyse, Arnold u. Kopp 384.
Vegetatives System, Lues und, Ostrowski 633.
Spirochäteninfektion und Nervensystem, Plaut 123.
Syphilis des Zentralnervensystems, Smith 836.

10. Syphilis der inneren Organe, der Brustdrüsen und der Lymphdrüsen

Alopecia areata und syphilitisches Endokrinid, Meineri 309.
Abdominalsyphilis, Shuman, 637.
Aorta, Röntgenuntersuchung der — bei Luetikern, Erdélyi 862.
Aortitis luetica, Engel 462.
— — Graf 564.
— — Läsionen bei, Whaite-El Paso 862.
— — Langer 122.
Aortenatrophie und Syphilis, Letulle, Laignel u. Heitz 121.
Arterieller Druck bei Syphilitikern, Chiappini 67.
— Hochdruck und Lues, Toinon 564.
Arteriitis, syphilitische, Bonnet 121.
Blutveränderungen, luetische, Bergel 129.
— — Klopstock 129.
Blutzellen, weiße — und Lues, Mulzer 128.
Dünndarmstriktur und Lues, Hinz 122.
Gefäßerkrankungen, spezifische, Moritz 121.
— und Lues, Smith u. Patterson 862.
Herz- und Gefäßsyphilis, Heimann 755.
Ikterus bei Lues, Lenartowicz 633.
Lebergumma und -aneurysma bei Lues II, Lenhart u. Gürich 358.
Leberlues, fieberhafte, Flater 122.
— tertiäre, MacCrae u. Caven 564.
Leberprüfung, Syphilis und Salvarsan, Ismail 380.
Leukämie, durch Syphilis kompliziert, Hawe u. Paterson 570.
Lungensyphilis, Schatiloff 553.
— s. Magensyphilis.
Lymph- und Muskelsystems, Lues des, Sainz de Aja 838.
Magen- und Lungensyphilis, Röntgenuntersuchung bei, Enfield 637.
Mastitis, syphilitische, Delalande 590.
Milch der Wöchnerinnen und Lues, Hackemann 126.
Pancreatitis gummosa, Franke 565.
Phlebitis syphilitica, Lévy 210.
Pleuropulmonale Veränderungen bei Lues II, Reuterwall 240.
Septikämie, tertiäre syphilitische, Lenormand 748.
Syphilis III, Pick 359.
Thyreoidea, Syphilis III der, Gaté u. Aloin 359.
Tränendrüse, Lues der, Hudelo, d'Allaines u. Rabut 589.
Typhose, spätluetische, Roch u. Mozer 120.

11. Syphilis des Urogenitalapparates

Albuminurie und Lues, Zübert 122.
Blase, Syphilis der, Chocholka 564.
— — — Rothschild 564.
Epididymitis luetica anfangs der Sekundärperiode, Zakse 379.
Gebärmutter, Lues der, Audry 126.
Harnröhrenstriktur durch Syphilis, Masia 70.

Digitized by Google

Harn- und männliche Geschlechtsorgane, Syphilis der, Posner 564.
Hodens, Lues des, Marcel 123.
Niere, Lues der, Wohlwill 359.
Nieren und Lungen, Lues der, Burmin 122.
Nephritis und Lues, Doros 123.
Zervix, Lues der, Gellhorn 358.
Zystenniere und Lues, Favre, Bonnamour, Doubrow u. Bouysset 124.
Zystitis, syphilitische, Avramovici 30.

12. Hereditäre Syphilis

Aorteninsuffizienz und Lues congenita, Reiche 125.
Behandlungserfolge bei Lues congenita, Hescheles 567.
Endokrine Störungen bei Lues congenita, Nicolas u. Gaté 243.
Endokrine Drüsen und Lues congenita, Spillmann u. Créhange 745.
— — — — — Watrin u. Créhange 745.
Endokrines System und Lues congenita, Barthélemy 278.
Endokrinopathien bei Lues congenita, Sanicandro 309.
Erbsyphilis, paternelle, Golay 565.
Geistige Defekte nach Lues congenita, Dayton 384.
Infektionsmechanismus und Immunität bei Lues congenita, Kolmer 863.
Kongenitalitätsproblem der Syphilis, Hochsinger 382.
Kongenitale Syphilis in Wissenschaft und Praxis, Verrotti 71.
Labyrinthitis bei Lues congenita, Babonneix u. Durcuy 863.
Neurotropismus erworbener Syphilis bei Lues congenita, Aubry u. Cornil 746.
Okulomotoriuslähmung, wahrscheinlich infolge Lues congenita, Babonneix u. Mornet 384.
Lues congenita, Buschke 149.
— — — u. Gumpert 755.
— — Long 279.
— — Péhu 785.
— — Sylvester 124.
— — Behandlung nach Erich Müller, Strauß 420.
— — Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Jadassohn 839.
— — nach spezifischer und unspezifischer Behandlung der Mutter, Arzt 834.
— — ohne Erscheinungen, Chevallier 214.
— — und die Nachkommen von Paralytikern, Widlocher 565.
— — unerkannte, Goldhurst 687.
Lupus vulgaris und Lues congenita, Verrotti 67.
Mongolismus und Lues congenita, Babonneix 125.
*Recklinghausensche Krankheit und Lues congenita, Rohdich 144.
Radiographie, des Verbindungsknorpels bei Lues congenita, Springer 125.
Röntgendiagnostik bei Lues congenita, Lévi u. Cottenot 125.
Syphilis intra partum, Bab 126.
Serologischer Nachweis mütterlicher und kongenitaler Lues, Viene u. Mahnert 385.
Tabes bei kongenitaler Syphilis, Targlowa u. Lamache 384.
Vagina und Gebärmutter doppelt bei Lues congenita, Dewojanz 381.
Zahnentwicklung und Lues congenita, Juster 590.
Zwillingen, Lues congenita bei, Weiss 124.

13. Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Syphilis

Abortivbehandlung der Syphilis, Jadassohn 569.
Antisyphilitika, Wirkung der, Somogyi 713.
Chemotherapie der Syphilis, Levaditi 239.
Herz- und Gefäßsyphilis, Behandlung der, Braun 760.
Kindesalter, Luesbehandlung im, Galliot 760.
Kongenitale Syphilis, moderne Behandlung der, Heimann 637.
Mißhandelte Syphilis, Jackson 209.
Neurolues, Behandlung der, Farnell 209.
— Behandlungsfragen der, Birley 761.
Orale antisyphilitische Behandlung, Barduzzi 69.
Prophylaxe bei Syphilis, Terskich 419.
Refraktäre Lues, Behandlung, Perutz 761.
Seroreaktion und Behandlung, Krulle 386.
Syphilisbehandlung, Baff 637.
— im Wandel der Zeiten, Kerl 569.
— in der Praxis, Gougerot 33.
— kontinuierliche, Almqvist 511.
— nach Jacque de Bethencourt, Beeson 32.
— Neue Gesichtspunkte bei der, Scholtz 209.
— Prinzipielles zur, Finger 132.
Syphilis- und Gonorrhoebehandlung, Hoffmann 68.
Syphilisheilmittel und Oberflächenspirochäten, Leipold 448.
Syphilisprophylaxe des Zentralnervensystems, Solnzeff 123.
Tabes- und Paralysetherapie, Löwenstein 156.
— — — Redlich 156.
Tabische Sehnervenatrophie und Syphilisbehandlung, Fischer 565.
Therapieresistente Lues III, Langer 779.

Digitized by Google

Wassermannreaktion und Behandlungseffekt, Glynn, Roberts u. Bigland 515.
— — Syphilistherapie, Schuhmacher 635.

14. Quecksilberbehandlung der Syphilis.

Diphasol bei Syphilis, Liebner u. Fenyö 809.
Hg- und Bi-Nekrosen bei der Luesbehandlung, Gliner 683.
Hg-Bi-Präparat bei Luesbehandlung, Fouquet u. Michaux 749.
Novasurolwirkung, unerwünschte, Reiche 423.
*Quecksilberinhalationsbehandlung der Syphilis, Springmann 196, 233.
*Sublimatinjektion, Nekrose nach, Stein 681.
Stomatitis mercurialis, Milian 471.

15. Salvarsanbehandlung (einschl. kombinierte Salvarsanbehandlung) der Syphilis

Altsalvarsan konzentriert, intravenös, Suchareff 805.
Antiluetika, Sulfotreparsenan u. Treparsenan, Crha 204.
Arsen- und Quecksilberexanthem bei Syphilis, Fontana 70.
Arsenobenzol intramuskulär bei Syphilis, Pierangeli 421.
Caesium (Nortal) bei salvarsanempfindlichen Patienten, Gougerot u. Bertillon 588.
Endolumbale Luesbehandlung, Nonne u. Pette 153.
Endolumbalbehandlung der Lues, Müllern 241.
— — Neurolues, Stoner 635.
— — Tabes, Brunner 421.
Endothelsymptom bei Syphilitikern während Salvarsanbehandlung, Memmesheimer u. Wieler 447.
Galyl bei Syphilis, Orloff 155.
Meningitis bei antiluetischer Neosalvarsankur, Feldmann 380.
Neoargyrolo bei Lues, Piccardi 308.
Neosalvarsan, Glaskörperblutung nach, Buschke 507.
— -Wismut-Kombinationsbehandlung der Lues, Babadschan u. Neumann 445.
Neosalvarsan und Strontiuran, Kircher u. Ruppert 421.
Ödem des Gesichtes bei Salvarsan- und Wismutbehandlung, Gaté 472.
Ödeme nach Salvarsan und Wismut, Milian 591.
Quecksilberzyanür bei nitritoider Krise nach Salvarsan, Milian u. Wahl 590.
Salluen, Chok nach, Mühlpfordt 761.
Salvarsan, Hämorrhagien nach, Liebner 422.
Salvarsan, intramuskulär, Tommasi 421.
— und Strontiuran, Kolle, Bauer, Leupold 421.
— und Syphilisrückgang, Jadassohn 419.
— Wirkungsmechanismus, Mayer 420.
Salvarsanbehandlung im Frühstadium, Metalues und Aortitis, Bruhns 760.
— Sero- und Liquorreaktionen bei, Matsumoto 511.
— und -schäden, Scholtz 761.
Salvarsandermatitis, Hazen 474.
— Metz u. Myers 784.
— Reizversuche bei —, Jodreiz bei Dermatitis herpetiformis, Kagelmann 378.
— Röntgenstrahlenbehandlung der, Ginsburg 622.
Salvarsandermatitiden, Markus 570.
Salvarsandosierung, optimale, Bogdanow 712.
Salvarsanexanthem, Milian 213.
— pityriasis-rosea-ähnlich, Bruhns 781.
— und Nekrosen, Buschke 778.
Salvarsanikterus, Judowitsch 445.
— Rosenthal 422.
Salvarsaninfiltrate, Behandlung, Landesmann u. Worowitzky 154.
Salvarsanreaktivierung bei der Luesbehandlung, Myers u. MacGregor 637.
Salvarsanresistenz und Dosierung, Hoffmann 154.
— Wismut- und — bei Lues, Rjabinowsky 381.
— bei einem Ehepaar, Kloeppel 420.
Salvarsanrefraktäre Lues maligna, Planner 833.
Salvarsanschäden, Minami 658.
— Kellermann 570.
— Neuburger 422.
— des inneren Ohres, Kobrak 154.
— — Nervensystems, Pollak 154.
Salvarsanempfindlichkeit, Familiäre — bei Lues latens und congenita, Riehl jun. 834.
— passive Übertragung von, Riehl jun. 836.
*Salvarsantodesfälle infolge maximaler Kuren, Schindler 708.
Salvarsantoxizität und Strontiuran, Weil, Weil u. Gamper 154, 570.
— — — Kolle, Bauer u. Leupold 155.
Salvarsan-Wismutbehandlung, Sézary 570.
Spirozid bei Lues maligna, Oppenheim 276.
— — — III, Oppenheim 179.
— in der Oto-Laryngologie, Gimplinger 570.
— und Treparsol, Toxizitätsversuche, Heitzmann 626.
Stovarsol bei Lues, Gregor u. Gastineau 631.
— — nichtluetischen Säuglingen, Tezner 422.
— — Paralyse, Cornil u. Haushalter 744.

Digitized by Google

Stovarsol, Treparsol und Spirozid, Beretvas 67.
Stovarsolfrage, Mierzicki 422.
Stovarsolan bei Syphilis, Perkel 380.
Sulfarsenol bei Lues der Schwangeren, Derennes 423.
Sulfoxylsalvarsan, Noher 570.
Treparsol bei Lues, Smeloff 805.
Tryparsamid bei Neurolues, Berg 209.
— — — Silverston 423.
— — Paralyse, Brown u. Martin 423.

16. Wismutbehandlung der Syphilis

Bijonin, ein Jod-Chinin-Bi-Präparat, Formánek u. Bentl 593.
Bismogenol, Skljar 683.
Bismutogvi bei Lues, Fischbein 805.
Bismuto-Yatren bei Lues, Lehner u. Radnai 809.
Bisol bei Lues, Bohunitzky 155.
— Csillag 155.
Bisuspen, Kaufmann 761.
Bizol, Über, Bara 423.
Exantheme, Histologie der luetischen — nach Bi-Injektionen, Sterling 633.
Gangrän nach Wismut i. v., Gougerot u. Quénu 277.
Mesurol bei Lues, Lehner u. Radnai 810.
Muthanol bei Syphilis, Lemay u. Fermé 514.
Neobismosalvan, Behandlung mit, Dietrich 423.
Wismut bei Lues, Gordo u. Feldman 637.
— — — Ravogli 345.
— Salvarsan und WR. Wright 761.
— und Kampferöl zur Luesbehandlung, Bizard 278.
— — WR, Sidlick 636.
Wismutabszeß, Galliot 592.
Wismutbehandlung bei Impfmalaria, Vankennel 599.
— experimentell und klinisch, Grumach 448.
— und Spirochaeta pallida, Szentkirályi 22.
Wismuthydroxyd, Lévy u. Barthélemy 472.
Wismutinjektion, Embolie nach, Sézary 215.
Wismutinjektionen, Herxheimersche Reaktion nach, Cipriani 70.
Wismutresistenz s. Salvarsanresistenz bei Syphilis.
Wismutschädigungen, besonders Muthanol, Levy, Bing u. Barthélemy 343.
Wismuttherapie mit Bijochinol, Popowa-Blum u. Bogdanow 379.
— und Prostitution, Rottmann 246.
*Wismutvergiftung, Munck 367.
— bei Nierenkranken, Dreyfus 570.
Wismutwirkung und -ausscheidung, Stephan 155.
Wismutzoster, Martimeau 471.
— Sézary, Pernet u. Gallerand 471.
Wisphormin, Syphilisbehandlung mit, Ishimaru 511.

17. Malariabehandlung der Syphilis (einschl. Fieberbehandlung)

Fieberbehandlung der Syphilis mit Mischspritze Gonoyatren-Neosalvarsan, Szelle 569.
Fieberinfektionstherapie der Lues, Weinstein u. Golossowker 445.
Fiebertherapie mit antiluetischer Kombination, Szelle 155.
Impfmalaria, Fiebertypus bei, Wagner-Jauregg 572, 762.
— Unübertragbarkeit durch Anophelen, Weiß 572.
Liquor, maximale Frühbehandlung und Malaria, Zurhelle u. Krechel 447.
Malaria bei Frühlues, Behring 571.
— bei nervöser Frühlues, Kauders 571.
— — Neurolues, Driver, Gammel u. Carnosh 571.
— — Paralyse, Brandenburg 762.
— — — und Tabes, Plehn 572.
— fieberhafte Erkrankungen und spezifische Therapie bei Syphilis, Scherber 762.
— oder Lues, Konsiliarpraxis 359.
— und Rekurrens bei Metalues, Horn 424.
Malariaabimpfung durch Salvarsan und Spirozid, Spiethoff 599.
— Eosin bei, Voitel 424.
*Malariabehandlung der Frühsyphilis, Delbanco 653.
— — — Martini 645.
*— — Lues, Fischer 648.
— — — Mulzer 424.
— — — Tomioka 29.
— — Neurolues, O'Leary, Goeckermann u. Parker 245.
— — Tabes, Bering 156.
Malariastämme, Die — bei der Paralysebehandlung, Hauschell 68.
Nagana-Rekurrensinfektion, Luesbehandlung mit, Schreus 384.
Paralyse mit Malaria, Baker 156.
Typhusvakzine bei Tabes und Paralyse, Heuszelmann 423.
Wassermannreaktion bei Impfmalaria, Mayr 567.

18. Sonstige Heilmittel bei Syphilis

Jodbehandlung bei Lues und Hautkrankheiten, Sainz de Aja 837.
Jodisan bei syphilitischen Gelenkerkrankungen, Lange 153.

Digitized by Google

Jodkaliinjektionen bei Lues gummosa, Lewin 553.
Jodnatriuminjektionen bei Lues III, Torssuew 553.
Kadmium bei Syphilis, Sainz de Aja 304.
Northovan bei resistenter Syphilis, Lehner 810.
— bei Syphilis, Freund 155.
Paralysebehandlung mit Lipoiden, Liefschütz 156.
Serumbehandlung der Syphilis, Mulzer 424.
Tellurwirkung auf Spirochäten, Levaditi u. Dimancesco 155.

Syringozystadenome, papilliforme, Biberstein 712.

Tabakvergiftung, perkutane, Deacon 36.
— — Ritchie 36.
Tätowieren, das — und Hygiene, Sladkowitsch 683.
Tätowierungsphänomene, Brose 461.
Talgdrüsenzysten, maligne entartete — des Kopfes, Jacobs 750.
Tannineuderma, Rihorá 593.
*Tatuierungen, Schwellungsreaktionen an, Bettmann 1.
Tausendfüße und ihre Giftwirkung, Hase 112.
*Teerbehandlung mit flüssiger Kohle, Rottmann 534.
Teerimprägnierung nach Motorradunfall, Semon 742.
Teerkarzinom, Experimentelles zum, Nather u. Schnitzler 83.
Teer, Veränderungen des Rattenmagens durch, Puhr 35.
Teleangiektasien, Becker 31.
Teleangiektasie, hereditäre hämorrhagische, Mekie 841.
— nach Bestrahlungen, Fabri 41.
Teratome, familiäre, Lucksch u. Ringelhan 81.
Terpentindermatitis, Perutz 713.
Testikularflüssigkeit, Aktivität von —, Spermin und Spermol, Likhatscheff u. Nikolaeff 183.
Thallium s. Pilzerkrankungen.
— in der Dermatologie, Berde 813.
Thalliumvergiftung, Buschke, Peiser u. Klopstock 35.
Therapie, Taschenbuch, Schnirer 382.
Tierfellnaevi, Urbach 177.
Tinea asbestina, Milian u. Périn 591.
Tokokinine s. Sexualhormonartig.
Todesursachen der Moskauer Bevölkerung, Davydowski 861.
Traubenzucker s. Phagozytose.
Trichophytia pubo-cruralis durch Trichophyton versicolor, Montpellier u. Matamoros 749.
Trichophytiasis der behaarten Haut, Borkowski u. Krzysztalowicz 632.
Trichophytie am Gesäß, Jeanselme u. Burnier 214.
— der Gesäßhälften, Lévy u. Sloimovici 596.
— kleiner Kinder, Röntgenbeobachtungen, MacLeod 417.
Trichophytien, Kato 29.
— der Nägel, Alexander 150.
Trichophytid, Skarlatiniformes — bei dysidrosisartiger Trichophytie, Rajka 809.
Trichophytide und Röntgen, Chalipsky 445.
Trichophytine, Intradermoreaktion mit — und das Tuberkulin, Urbain u. de Potter 351.
Trichophyton und Achorion, besondere Hautansiedelungen, Falchi 306.
— in Polen, Wilenczyk 858.
— violaceum, Alexander 151.
Trinkerfürsorge, Blätter zur, Gonser u. Polzer 790.
Trockenelement Ganz, Vigh 387.
Trophoneurotische Hautgangrän, Vohwinkel 411.
Trypanosomenerkrankung des Kaninchens, Stühmer 716.
Tuberkelbazillen und Gewöhnung sowie sterilisierende Wirkung der Goldsalze, Karwacki, Krakowska u. Zolberg 861.
— im Harn, Noges 345.
— intravenös, Wichmann 562.
— s. Lepraerreger.
Tuberkulid?, Scherber 341.
— papulonekrot., Kleeberg 28.
— papulöses, Gougerot, Ducourtioux u. Lotte 469.
Tuberkulide, Natur und Therapie der, Schaumann 243.
— Akneförmige — des behaarten Kopfes, Haxthausen 452.
— bei Sanokrysin, Naegeli 357.
— Papulonekrotische — und Syphilide, Watanabe 685.
— polymorphe, Sézary, Norero v. Lichtwitz 589.
*Tuberkuliden, Tuberkelbazillennachweis bei, Dittrich 734.
Tuberkulinempfindlichkeit, künstliche, Gröer 561.
Tuberkulinreaktionen, Paraf u. Mantoux 356.
— intra- und subkutane, Hamburger 356.
Tuberkulin, Steigerung der Ektebinreaktion durch Yatren, Kramer 356.
Tuberkulosebehandlung mit Sanokrysin, Philip 754.
Tuberkulose der Haut, Biochemie der, Melczer 206.

Digitized by Google

Tuberkulose der Haut, disseminierte geschwulstartige, Feldmann u. Pergament 739.
— — — Gold bei, Pokorná 205.
— — — NaCl bei, Zyganowa 805.
— — — primäre, Radnai 457.
— — — s. Aknitis.
— experimentelle, Nasta 860.
— Frühbehandlung, Gellner 118.
— gummöse und Chrysalbine, Jeanselme und Burnier 589.
— Immunisierung gegen, Moeller 753.
— Komplementbindungsreaktion bei — und Lup. erythem., Hübschmann 240.
— Krankheitsherde, Injektionsbehandlung für, Pollak 754.
Tuberkulosen, multiple, oberflächliche, Armand-Delille 119.
Tuberkulose nach Unfällen, Zollinger 562.
Tuberkulösen, Paradoxe WR bei, Audry u. Chatellier 749.
Tuberkulose, Reaktion bei, Volk u. Brünauer 119.
Tuberkuloseschutzimpfung Calmette, Kraus 562.
— Dold 562.
— Langer 754.
Tuberkulose, Serodiagnose nach Neuberg-Klopstock und Besredka, Rabinowitsch 753.
— Serodiagnostik bei — und Lepra, Pfannenstiel 356.
— und Immunisierung, Moeller 119.
Tuberculosis cutis verrucosa, Weinbren u. Graham 120.
Tuberkulose s. Lepra.
— s. Syphilis.
Tumoren, Artefizielle — durch Mineralölinjektionen, Lenormant u. Ravaut 307.
— Benigne — der Mundhöhle, Johnson 847.
— Blaugraue multiple — beim Kinde, Galewsky 375.
Tumorenforschung s. Reiztumoren.
Tumoren, Maligne — durch Reizung, Pickerill 350.
— nach Eryth. multif. und Septikämien, Latzel 254.
— Rückbildung bösartiger, Casper 528.
— subunguale, Carstensen 858.
Tumorenwachstum, experimentelles, Deelman u. van Erp 82.
Typhus abdominalis mit atypischem Exanthem, Trusewitsch 559.
Typhus- und Kolibazillen, Differentialfärbung, Lennhoff 377.

Überempfindlichkeit bei Tuberkulose und allergischen Erkrankungen, Hajós u. Korányi 666.
Überempfindlichkeit gegen Bouillon intrakutan bei tuberkulinpositiven Kindern, Dolter 561.
— — Chinin, Mgebrow u. Oretschkin 739.
— — Salvarsan, Hg und Bi, Kaplun 739.
*Überhäutungsmittel, Ratanhiasalbe als, Goldhammer 529.
*Ulcus cruris, Insulintherapie bei, Fischer 491.
— — Insulinsalbe bei, Pautrier, Schmid u. Ullmo 210.
— — und Unfall, Magnus 73.
— — s. Ulcus varicosum.
— molle, Diagnose, Kritschewsky u. Sinelnikow 379.
— — des Gebärmutterhalses, Louste, Ducourtioux u. Lotte 591.
— — der Harnröhre, Strominger u. Schapira 245.
— — infundibiliforme, Werin 739.
— — nach Intradermoreaktion, Nicolas, Lacassagne u. Alcalay 472.
— — Behandlung, lokale, Prieto 304.
— — — mit Antistreptobazillenvakzin, Lévy-Franckel 425.
— — — — Elektrokoagulation, Buzagin 246.
— — — — Nicolleschem Vakzin, Krikorian 156.
— — — — Streptobazilluskulturen, Assis u. Fraga 425.
— trophoneuroticum der Glutäalgegend, Hagen 82.
— tropicum, Desitin bei, Wehrle 78.
— varicosum, Byrue 73.
— — Behandlung, Löwenfeld 287.
— — Vakzine bei, Tixier u. Bize 73.
— vulvae acutum, Monacelli 785.
— — — Stryker 631.
Ultrarotwirkung, Jadassohn 412.
Ultraviolettbestrahlung, Lisle, Punch u. Wilkinson 517.
Ultraviolettbestrahlte Milch und Rachitis mit Anämie, Wieland 517.
Ultraviolettbestrahltes Cholesterin bei Rachitis, Hottinger 259.
Ultraviolettbestrahlung und Cholesterin, Beumer 259.
Ultraviolette Strahlen, Hernamann-Johnson 814.
— — kurzwelligste, Meyer 689.
— — Wirkungsweise auf Blutkörperchen, auf Nahrung und im Körper des Kindes, Koeppe 516.
Ultraviolettlichtbehandlung, Sucharew 553.
Ultraviolettlicht, antirachitische Zone des, Huldschinsky 259.
— bei Titaniumstiften, Roberts 690.
— Erythemablauf, Schall u. Alius 42.
— Hautdurchlässigkeit für, Ries 814.

Digitized by Google

Ultraviolettlicht, Hauterscheinungen nach, Biancani 814.
— in der Urologie, Beutel 785.
— und antirachitischer Faktor, Falkenheim 259.
— — experimentelle Impfung, Carnot, Camus u. Bénard 517.
— — Lebertran, Adam 42.
— — Radiumstrahlen, elektive Wirkung von, Seide 690.
— — vegetatives Nervensystem, Dorlencourt u. Garot 689.
Ultravioletttherapie, Jupiterlicht in der, Graumann 43.
Uneheliche Mütter, Psychologie und Soziologie, Moses 188.
Unfruchtbarkeit, Vignes 187.
Ungeziefer und ihre Bekämpfung, Hase 112.
— s. Skabies.
Urethra, Divertikelbildung der weiblichen, Elistratowa 806.
— doppelte, Kabig 477.
Urethralzyste bei einem kongenital Syphilitischen, Chatellier 215.
*Urethritis abacterica infectiosa, Hecht 146.
— Hyperthermische Kuren bei chronischer, Maggiulli 69.
— simplex, Barbellion 788.
Urethroskopie, Moulagen zur, Saigrajeff u. Sokoloff 658.
Urethrotom im Zystoskop, Veer u. Heslin 551.
Urinverhaltung bei tuberkulöser Prostatitis, mit Vasektomie beseitigt, Eggedi 807.
Urobilinogenbestimmung bei behandelten Syphilitikern, Brown u. Greenbaum 32.
Urogenitalatresie und Umlagerung, Pulvermacher 183.
Urologie, Blum, Glingar u. Hryntschak 346.
— und Marienbad, Casper 187.
— — Röntgentiefenbehandlung, Wintz 594.
Urologische Diagnostik, Schwarz 182.
— Kleinigkeiten, Cook 551.
— Praxis, Rivanol in der, Wellisch 160.
— Probleme, Dorsey 345.
Urtikaria, Judin 806.
— Ätiologie, Tomkinson 280.
— Behandlung mit heißen Bädern, Róna 74.
— factitia, Mumford 280.
— — und Urtikaria, Flarer 207.
— infektiöse, Milian 842.
— papulosa, Hallam 743.
— perstans, Lehner 807.
— pigmentosa, Bory 746.
— — Cuccia 308.
— — Kagelmann 375.
— — Mount 474.
Urticaria verrucosa, Wein u. Salutzki 445.
Urtikariareaktion, Grant 280.
Urtikariastudien, Sakanone 658.
— Walzer, A. u. M. 694.
Urtikaria und Cholelithiasis, Schur 719.

Vaginalspülungen mit Gyneclorina, Lorenz 790.
Vaginismus, Bercziller 476.
Vakzination s. Paralyse.
Vakzineenzephalitis, Kollar 355.
Vakzineimmunität der Kornea, Kuroda 657.
Vakzineinfektion der Vulva, Joachimovits 355.
Vakzine und Herpes, Zurukzoglu 695.
— 2tägige, Paschen 355.
Vakzinevirus, Walthard 114.
Variola, mikroskopische Befunde, Michelson u. Ikeda 784.
— s. Neurovariole.
Varizellen, Schutzimpfung bei, Ferencz 355.
— Übergang in Variola (Neounitarismus), Tièche 752.
— s. Herpes.
— s. Pocken.
— s. Zoster.
— Variola, Vakzine, nervöse Komplikationen von, Glanzmann 752.
Varizenbehandlung, Vischer 694.
— mit Kaltkaustik, Marcus 287.
Varizen, Calorose bei, Nobl 287.
— Injektionen nach Linser bei, Hülte 72.
— — organischer Arsenverbindungen bei, Borcherds 842.
— Injektionsbehandlung der, Genner 453.
— — — Meisen 287.
— s. Krampfadern.
— Zur Ätiologie der, Gaugier 286.
— — Thrombosierung von, Hirsch 287.
— — — — Nobl 287.
— — — — Stotzer 286.
Varizenbehandlung mit Injektionen, Douthwaite 73.
— — — Levent 693.
— — Natr.-salicyl.-Injektionen, Alexander 72.
— — Varizophtin, Bierendempfel 694.
Vaterschaftsgutachten s. Erbanalyse.
Venenbüschel, Intrakutanes — am Oberschenkel und Frankscher Phänomen, Galant 285.
Venerologie, soziale, Dozentur für, Kaplun 806.
Venerologisches Institut, 5 Jahre — in Moskau, Bronner 553.
Verätzung durch Kalium permang., Neugebauer 177.
Verbrennung, Zumbusch 74.
— geheilt mit Bluttransfusion, Scherber 177.

Digitized by Google

Verbrennung und vegetatives Nervensystem, Schreiner 411.
Verbrennungen, antitoxische Behandlung von, Wilson 717.
— Behandlung mit Ichtoxyl, Lulay 204.
Vererbungslehre, Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik, Siemens 310.
Vergiftung s. Tabak.
— s. Yohimbin.
Verkalkung der Haut, Weidmann u. Shaffer 244.
Verruca senilis und Keratoma senile, Freudenthal 629.
Verrucae an Nagelbetträndern, Bruhns 26.
Verrucosis generalisata, Hoffmann 25.
Virilismus suprarenalis s. Hirsutismus.
Vitalität alternder Haut, Kapp 111.
Vitiligo der Schleimhaut, Coulon u. Esquier 472.
— — — Milian 591.
— generalisierte, Gougerot, Martin u. Mansion 527.
— in der Schwangerschaft, Artom 207.
— kleinfleckige s. Weißfleckenkrankheit.
— Morbus Basedowii und Morphoea bei einem Patienten, Pontoppidan 452.
— nach Ultraviolettlichterythem, Juster 749.
Vulvovaginitis und Balanoposthitis non gonorrh., Balzer 639.

Wachstum der Kinder auf Palau, Takasaki 513.
Wangenschleimhaut, Fleckung durch Tabakkauen, Pichler 724.
Warzenbehandlung mit Salvarsan, Sutton 348.
Warzenkräuter, Michon 744.
Wassermann, Nachruf für, Boas 450.
— -Reaktion und Pallida-Antigen, Hinkleman 209.
— — s. Serologie der Syphilis.
Wassermannsche Reaktion, Unspezifische — bei Bubonen, Procházka 592.
Weißfleckenkrankheit, Bruhns 149.
Wirkung und Werk, Much 345.
Wundbehandlung durch lokal-chemische Beeinflussung der Gefäßnerven, Schück 311.
— Wirkung des Perubalsams in der, Brunner u. Silberschmidt 842.
Wundvernarbung, neue Methode zur, Chevrier 522.
— Plasma-Deckungsmethode bei, Wallich 696.
— und Gewebskultur, Wallich 696.

Xanthom, Louste 844.
Xanthoma diabeticorum, Goldstein u. Harris 719.
Xanthomatose mit Hypercholesterinämie und familiäre Cholelithiasis, Panzel 526.
Xanthom der Augenlider und Ohren, Sézary, Lichtwitz u. Leblanc 591.
Xanthomgenese, Herrmann u. Nathan 712.
Xanthom, zosteriformes, Kreibich 626.
Xeroderma pigmentosum tardif, Louste, Caillian, Ducourtioux u. Lotte 746.

Yohimbinvergiftung, Genty u. Raymond 36.

Zahnärzte s. Dermatitis durch Novokain.
Zellulitis des Gesichts, Adamson 742.
Zinksulfarsenol, typanozide und spirillizide Wirkung von, Lehnhoff 343.
*Zoster, Ruge 409.
— s. Herpes.
Zosterätiologie s. Herpes.
*Zoster bei Lepra, Peter 220.
— generalisatus, Kumer 835.
— — und Varizellen, Kleeberg 181.
— — varicellosus, Hinze 714.
— mit 14 Monaten, Mac Caw 695.
— Varizellöser — (Bókay), Lauda u. Stöhr 288.
— und Varizellen, Lipschütz 521.
*— — — Perutz 12, 51.
— — — Siegl 695.
— — Wismut, Galliot 592.
— — Nervenlähmung bei tuberkulösem Tabiker, Gougerot, Filliol u. Merklen 747.
— Prodromalerscheinungen, Weiß 522.
— zugleich mit Varizellen, Ouscley-Smith u. Williamson 842.
— s. Wismutbehandlung der Lues.
Zuckerstoffwechsel, Sexualorgane und Insulin, Fellner 315.
Zungenerkrankung durch Penicillium linguae, Panayotaton 556.
Zungenkrebs und Radium, Wallon 589.
Zwillinge, dermatologische Eineiigkeitsdiagnose der, Siemens 665.
— Eineiigkeitsdiagnose, Leven 665.
— — Waardenburg 250.
— und Blutgruppenbestimmung, Wiechmann u. Paal 665.
— — Muttermäler, Meirowsky 249.
Zwillingsforschung, vererbungsbiologische, Verschuer 249.
Zyanose, Flecken- und gitterförmige — bei Pankreasnekrose, Watzel 693.
Zystitis s. Gonorrhoe.
— s. Cystitis.
— Pyelitis, terminale Hämaturie bei Gonorrhoe, behandelt mit Neosalvarsan, Marchionini 550.
Zystoskopie, Handatlas, Kneise 310.
— Ständer zur, Mac Kim u. Smith 551.
— und Gastroskopie, Sternberg 550.
Zystozele, Bubis 551.

Digitized by Google

Namenverzeichnis

* bedeutet Originalarbeit

Abels, H., Strophulus 481.
Abraham, J. J., Eheschließung und Gonorrhoe 638.
Achitouv s. Delmara.
Adam, A., Ultraviolettlicht und Lebertran 42.
Adamson, H. G., Zellulitis des Gesichts 741.
Adelsberger, L., Idiosynkrasiee 810.
Adler, O. H., Lues und Senkungsreak- 568.
— S. u. Theodor, O., Hautleishmaniose 77.
Adlersberg u. Perutz, Hautregeneration 662.
*Agronick, M. A., Orientbeule 261.
Agronik, Lues ignorata 754.
Aichenwald, Statistik der Paralyse 360.
Alawdin, Kalzium und Ekzem 312.
Alberca-Lorente s. Levaditi, C.
Albrecht, B. u. Evers, E., Wismutschmierkur 761.
Alcalay s. Nicolas.
Alexander, Pilzbefunde 27.
— A., Dyshidrosis sicca lamellosa 150.
*— — Erythrocyanosis crurum puellaris 601.
— — Nageltrichophytien 150.
— — Pilzerkrankung Kaufmann-Wolff 750.
— — Pilzvariabilität 151.
— — Trichophyton violaceum 151.
— S., Varizenbehandlung mit Injektion 72.
d'Allaines s. Hudelo.
Allemann, R., Leukoplakie der Harnwege 182, 631.
Almkvist, J., Pityriasis lichenoïdes acuta Habermann 512.
Almqvist, J., Syphilisbehandlung 511.
Alvin, H. s. Gaté, J.
Ambard, L., Paulescos Gesetze 552.
Angyal, Fr., Lymphosarcoma tonsillae 351.
Anderson, S. F. u. Leonhardt, New-Brunswick, G. F., Scharlachfieberantitoxin 113.
Andrejew, L. A., Gefäßgeschwülste 845.
Armand-Delille, Tuberkulosen, multiple oberflächliche 119.
Armuzzi, G. s. Strempel, R.
Arndt, Aleukämische Lymphadenose 443.
— Dermatomyositis 780.
— Zur Diagnose 180.
— Multiple Fibrome 180.
— Lepra 25.
— Keratoma palm. et plantare herditarium 780.
— Lichen nitidus 780.
— Lupus eryth. dissemin. subacut. 780.
— Myxoedema tuberosum 780.
— Pemphigus 25.
— Pityriasis lichenoïdes chronica 443.
— Poikilodermia vascularis atrophicans 780.
— Urticaria pigmentosa 25.
— 25, 27, 150, 181, 510.
Arning 26.
Arnold, K. u. Kopp, M., Vakzination und Paralyse 384.
Artom, M., Onychie durch Bact. coli 68.
— — Vitiligo in der Schwangerschaft 207.
— — Impetigonephritis 309.
— — Morbus Darier 305.
Arzt, L., Hauterkrankungen der Agrarbevölkerung 689.
— — Hebra und die Dermatologie 479.
— Hereditärluet. Kind einer spez. und unspezifisch behandelten Mutter 834.
— Leukämische Lymphadenosen 179, 342.
— Nävus Pringle 277.
— Pagets Disease 179.
— — Versprengte Pellagra 79.
— Thalliumepilation 834.
— 831.
Asai, J., Dermatomyom 512.
Aschheim, S. s. Zondek, B.
Aschner, B., Menotoxine 526.

Digitized by Google

Assis, A. de u. Fraga, A., Behandlung des Ulcus molle 425.
Aubel, E., Mauriac, P. u. Boutiron, Ionengleichgewicht und Ödeme 811.
Aubry, E. u. Cornil, L., Neurotropismus der erworbenen Syphilis bei Lues congenita 746.
Audry, Ch., Lupus erythematosus 472.
— — u. Chatellier, L., Paradoxe WR bei Tuberkulösen 749.
— — Syphilis der Gebärmutter 126.
— — Azetylarsan und Lichen planus 592.
Auler, H., Konstitutionsfragen bei bösartigen Gewächsen 83.
Aurégan u. Lannion, Kal. permang. auf frisch blutendem Gewebe 482.
Austmann, K. J., Creeping disease 557.
Avramovici, A., Syphilitische Zystitis. 30.
Axhausen, J. s. Weber, F. P.
Axmann, Ambul. Lupusbehandlung 754.
Azam s. Jausion.

Baba, T. u. Kôzuma, T., Angiolupoid 657.
Babadschan u. Neumann, J., Lueskombinationsbehandlung 445.
Babajanz, Nasenschanker 381.
Babajew, Knochen- und viszerale Lues 861.
Babonneix, L., Lues congenita 125.
— — u. Durny, A., Syphilis, kongenitale und Labyrinthitis 863.
— — u. Mornet, J., Okulomotoriuslähmung und Lues congenita 384.
Bach, H., Quarzlampe 476.
Bachl, E. s. Schultze-Rhonhof, E.
Baer, W., Lues und partus 126.
— — Röntgen bei Gonorrhoe, bes. Adnexerkrankungen 518, 640.
Baff, M., Luesbehandlung 637.
Bagg, H. J., Röntgen, Keimdrüsen und Nachkommen 692.
Baikow, Gumma nach Fraktur 755.
Bailly, J. s. Remlinger, P.
Baker, G. T., Paralyse bei Malaria 156.
Bakker, A., Karzinomzellen und Exsudatleukozyten 667.
Ballagi, St., Pilzerkrankungen 351.
Balmain, A. R., Impetigo contag. 75.
Balog, Irrtümer in der Gonorrhoetherapie 181.
— 508, 509.
Balzer, F., Nichtgonorrhoische Balanitis und Vulvovaginitis 638.
— — Purpura Majocchi 241.
Banerjee, D. N. u. Christeller, E., Recklinghausensche Krankheit 80.
Bara, B., Bizol 423.
Barbellion, Urethritis simplex 788.
Barber, H. W., Lichen spinolosus 596.
— — — Sarkoid Boeck 686.
Barduzzi, D., Orale antisyphilitische Behandlung 69.
Bargehr, C., Selbstheilung der Lepra 560.
— P., Leprabehandlung 118.
— — Lepra, Blutbild 628.
— — — Epidemiologie 559.
— — — Hautreaktion 117.
Barinboim, B. D., Lupus erythematodes 739.
Barney, R. E., Schweißanalyse 750.
Baron, C., Masernschutzserum 558.
Barotte s. Brocq-Roussen.
Barrera, J. M. de la s. Wernicke, R.
Barsony, T. s. Sellei, J.
Bartte s. Legrain.
Barthélemy, Endokrin. System und Lues congenita 278.
— s. Lévy.
Batunin, Geschlechtskrankheiten unter Gefangenen 684.
Battley, S., Purpura fulminans 693.
Bauciu, A. s. Nikolau 112.
Bauer, H. s. Kolle, W.
— R. u. Nyiri, W., Karzinom und Milchsäure 349.
Baumann, W., Liquor bei Zisternen- und Lumbalpunktion 759.
Baumgärtel, Fr., Sachs-Georgi, Kälteflockung 130.
Baumgartner, J. s. Frommel, E. 114.
Baumm, G., Paraphimosenreposition 639.
Bayer, G. u. von den Velden, R., Inkretologie 688.
— W. u. Schiff, E.
Baylis, A. B., Vernes-Reaktion 209.
Beatty, J., Keratodermia gonorrh.? 763.
Bechet, P. E., Kochsalz bei Bromausschlägen 36.
Beck, O., Photoaktivität bestrahlter Substanzen 42.
— s. Pack.
Becker, J., Abwehrreaktionen des Organismus 480.
— — Quarzlicht bei Erysipel 843.
— S. W., Teleangiektasien 31.
Bedson, S. P., Herpeserkrankungen 598.
Beeson, B. B., Syphilisbehandlung nach Jacque de Bethencourt 32.
*Behdjed, H., Kongenitale Syphilis und Recklinghausen 144.
*— — Orientbeule 619.
*— — u. Scherefeddin, P., Aktinomykose 736.
— — s. Hodara, M.
Beinhauer, L. G., Unterlippenhypertrophie 556.
— — WR 636.

Digitized by Google

Beirach, Sollux bei Gonorrhoe 806.
Bélak, A., Sághy, F. u. Cseresznyés, L., Immunität und vegetat. Nervensystem 251.
Belding, D. L., Luesreagin und WR 636.
Belot, J., Ultraviolette Strahlen 212.
Benedek, T., Schizosacharomykose 377, 412.
— — Staphylomykosenbehandlung 843.
Benedict, W. L., Blepharochalasis 528.
Bénard, H. s. Carnot, P.
Benech, J., Psoriasis und Arsen 745.
Benon, R., Syphilis und chron. Asthenie 417.
Bentl, F. s. Formánek.
Beraud s. Raynaud.
Berczeller, E., Vaginismus 476.
Berde, K. v., Blastomykose, oberflächliche 858.
*— — — Favus capitis 669.
— — — Pilzflora in Südungarn 413.
— — — Thallium 813.
Beretvas, L., Stovarsol u. ä. 67.
Berg, L., Tryparsamid bei Neurolues 209.
Bergel, Neurotropie bei Kaninchenlues 756.
— S., Syphilis und Blut 129.
Berger, J., Komplementbindung 757.
Bernstein, Geschlechtskrankheiten, Ratschläge 857.
Bernuth, F. v., Kapillarbeobachtungen 285.
Bernhardt, E., Lichen ruber verrucosus 508.
— — 181.
— R. u. Zalewski, S., Psoriasis und Cholestearinämie 634.
Behring, F., Malaria bei Frühlues 571.
Bering, Fr., Malariabehandlung der Tabes 156.
Bernucci, F., Labyrintherkrankungen 72.
Berson u. Loweiko, Recklinghausen 805.
Bertaccini, G., Knochensyphilis 68.
— — Lymphogranulomatosis inguinalis 207.
Bertillon s. Gougerot.
Bertrand, F., Angiom 241.
Besredka, A., Lokale Immunisation 255.
Bettmann, Angiokeratoma naeviforme 412.
— Kapillarmikroskopie 251.
— S., Kapillaraneurysmen 663.
*— — Schwellungsreaktionen an Tatuierungen 1.
Beumer, H., Ultraviolettbestrahlung und Cholesterin 259.
Beutel, G. P., Ultraviolettes Licht in der Urologie 785.
Beutner, R., Ursache der Neoplasie 528.
Biancani, E. u. H., Hauterscheinungen nach Ultraviolettbestrahlung 814.
Biberstein, H., Syringozystadenom 712.
— — u. Grünmandel, S., Oidiomykose 414.
Bidault, C. s. Lortat-Jacob.
— s. Lortat-Jakob.
Bieling, R., Scharlachstreptokokken 113.
Bienvenue s. Gouin.
Bierendempfel, Varizenbehandlung 694.
Bigland, Ph. M. s. Glynn, E.
Biglieri, R., Experimentelles mit „Neurovariola" 354.
— — Neurovariole et dermovariole 752.
Bilim, Joddämpfe bei Tripper 379.
Binet, L., Über Pigmente 844.
Birkhaug, K. E., Erysipel 77.
Birley, J. L., Neurolouesbehandlung 761.
Biró, E., Bösartige Tumoren und Röntgen 281.
Bischoff s. Braun.
Bizard, L., Luesstatistik Prostit. in Paris 748.
— — Syphilisbehandlung 278.
Bize, P.-R. s. Tixier, L.
Bizzozero, E., Ekzembehandlung 308.
Blackett s. Butler.
Blair, V. P., Heilung von Hautdefekten nach Karzinomen an Hand, Mund und Wange 840.
Blamoutier, P. s. Vallery-Radaut, P.
Blanco, L. V. u. Villazon, N. M., Vakzine bei Vulvovaginitis 639.
Blanchetiere, Kohlenwasserstoffumsatz in Neoplasmen 722.
Blaschko, L. u. Trausel, W., Neoreargon 639.
*Blatt, O., Pemphigoide Blaseneruption 99.
— P., Prostatahypertrophie 186.
Bleyer, K., Pellidol und weibliche Gonorrhoe 448.
Bloch, B., Poikilodermia und endokrine Störungen 78.
— Br. u. Steiner, Idiosynkrasieproblem und Primelüberempfindlichkeit 624.
— — u. Widmer, F. E., Teerbestandteile zur Krebserzeugung 711.
Bloedorn, W. A., Lues und periodische Gesundheitsuntersuchung 637.
Blotevogel, W. s. Dohra, M.
Blum, Glingar u. Hryntschak, Urologie 346.
Blumenthal, G., Flockungsreaktion zur WR-Kontrolle 131.
— — WR 385.
— — u. Schwarzmann, B., Retroplazentarblut zur Luesdiagnose 130.
Bluemel, Nervensyphilis, Erste Symptome der 635.
Boas, Gonorrhoebehandlung 451.
— Nachruf für Wassermann 450.

Digitized by Google

Boas, Bocage s. Ravaut, P.
Bodin, E. u. Chevrel, M.-L., Mykosis fungoides 215.
Bodnar, L., Suspensorium 810.
Bogdanow, S., Salvarsandosierung 712.
— — s. Popowa-Blum, A.
Boeminghaus, H., Pathologie der männlichen Genitalorgane 783.
— — Xanthoproteinreaktion und Nierenschädigung 550.
Bohunitzky, E., Bisol 155.
Bojewskaja, Die Seroreaktionen bei Lues 382.
Bondurant, C. P., Arzneidermatitis 279.
Bonnamour s. Favre.
Bonnet, Diathermiekoagulation 746.
— L. M., Luetische Arteriitis 121.
*Boose, Tätowierungsphänomene 461.
Borak, J., Röntgen bei akroangioneurot. Affektionen 40, 282.
Borchardt, M., Neurinome 80.
— W., Physiologie des Schwitzens 479.
Borcherds, W. M., Varizenbehandlung 841.
Borissowa, Purpura rheumatica 379.
Borkowski, W. u. Krzysztalowicz, Fr., Trichophytiasis der behaarten Haut 632.
Bortolotti, Autoserumtherapie beim chronischen Ekzem 843.
Boussi, Augenblennorrhoe 788.
Bory, L., Schwefel 254.
— — Pruritus ano-vulvaris 747.
— — Syphilis d'emblée 747.
— — Urticaria pigmentosa 746.
Borza, J. v. u. Melly, B., Krebsdisposition 555.
Bott, O. s. Guthmann, H.
Bouchard, R. s. Laquière, M.
Bourgeois, P. s. Lortat-Jakob.
Boulanger, L., Spülansatz 246.
Bouysset s. Favre.
Bower, J. P. u. Clark, J. H., Radium und Blutung 841.
Brain, R. T. s. Sequeira, J. H.
Bramer, A., Furunkelbehandlung 313.
Branca, A., Schweißdrüsenbau 659.
Brandenburg, K., Malaria bei Paralyse 762.
Brandes, K., Reiztumoren 350.
Brandi, B. s. Gaza, W. v.
Brandt, Morbus Recklinghausen 374.
— Lichen ruber linguae? 374.
— Lupus-Karzinom 374.
— R., Guth, H. u. Müller, R., Ursache der positiven WR 386.
Brandweiner, Salbenherstellung 255.
Braude u. Per, Lichen microsporicus 380.
Brauer, A., Keratoma dissipatum palmare et plantare 627.
Braul, Lepra des Nebenhodens 378.
Braun, G., Furunkelbehandlung Schütz 76.
— — u. Bischoff, H., Haut- und Geschlechtskrankheiten 623.
— M., Tierische Parasiten des Menschen 347.
*— R., Lumbalpunktion 202.
— S. s. Toomey, J. A.
Braunstein, A., Krebsabwehrstoffe 722.
Bratzlawsky s. Feldmann, A.
Breger, Lepra in Frankreich 356.
Breinl, F., Scharlach 113.
Brelet, Scharlachansteckung 113.
Bressot, E., Gonorrhoische Gelenkentzündung 182.
Brétillon, Dermatosen und Hyperglykämie 527.
Brêtillon s. Lévy-Franckel.
Breton, P., Spirochäten und Syphilis 128.
*Briel, J., Lupoïd Boeck 794.
Briggs, W. T., Harnleitersteine 551.
Brinkmann, A., Hautdrüsen bei den Affen 662.
Brocq, L., Dermatosen 742.
— -- Ekzembehandlung 843.
Broders, A. C., Karzinom des Mundes 847.
Brodsky u. Leites, Spermokultur bei Gonorrhoe 382.
Broglio, R., Pyelonephritis atrophicans 30.
Bromeis, H., Urobilinogenausscheidung nach Röntgenbestrahlung 260.
Bronner, W., Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Wolgagebiet 382.
— Venerologisches Institut 553.
*Bronstein, W., Thalliumepilation 173.
Brooklyn, A. H., Lues II mit negativer WR 551.
Brown s. Klauder.
— H., Harnsäure im Blut 526.
— — Mineralgehalt der Haut 791.
— — u. Greenbaum, S. S., Urobilinogenbestimmung 32.
— M. u. Martin, A. R., Tryparsamid bei Paralyse 423.
Brugsch, Th., Akromikose 525.
Brünauer, St. R., Mycosis fungoïdes 350.
Bruhns, Achorion gypseum 781.
— Akromegalie 780.
— Erythrozyanosis 27.
— Impetigo herpetiformis 26.
— Lupus erythematodes acutus 781.
— — vulg. dissemin. 27.
— C., Salvarsanbehandlung und Aortitis sowie Metalues 760.
— Salvarsanexanthem 781.
— Schambergsche Krankheit 26.

Digitized by Google

Bruhns, Verrucae am Nagelbettrand 26.
— Weißfleckenkrankheit 149.
— 25, 181, 510, 778.
Brumthaler u. Wülffing, Scharlachproblem 751.
Bruner, E., Biernacki-Reaktion 633.
*Brunn, W. v., Katheter und Bougie 107.
— — — Geschlechtskrankheiten und Schuljugend 479.
Brunner, Endolumbalbehandlung der Tabes 421.
— C. u. Silberschmidt, W., Perubalsam in Wunden 842.
Bruck, C., Milch zur Hautpflege 688.
— F., Metasyphilis und Hauterscheinungen 755.
Brussilowskaja, Doldsche Reaktion 382.
Brunsgaard, E., Hauttuberkulose 628.
Bryce, A., Anaphylaxie und Ultravioletthandlung 814.
Bubis, J. L., Zystozele 551.
Bucky, G., Diathermiebehandlung 554.
— — u. Manheimer, O., Strahlende Energie, Haut und Blutdruck 37.
Bucura, C., weibliche Gonorrhoe 426.
Büttner, H. E., Blutmilchsäure und Karzinom 83.
Bulkin, Keratosis blennorrhagica 622.
Bumpus, H. C. s. Conner, H. M.
Bunker, H. A., Juvenile Paralyse 636.
Burmeister, E. A. u. Cahn, P., Epididymitis non gonorrh. 158.
Burmin, Syphilis der Nieren und Lungen 122.
Burnam, C. F., Hodgkinsche Krankheit 284.
Burnier s. Jeanselme.
— u. Rejsek, Granuloma annulare 214.
Burns, T. M., Eklampsie 551.
Burrows, M. T., Jorstad, L. H. u. Ernst, E. C., Krebs, Vitamingleichgewicht und Röntgenwirkung 83.
Buschke, Akrodermatitis atroph. und Syphilid 149.
— Alopecia areata 149.
— Fehlen der Achselhaare 149.
— Defekt des rechten Musculus pectoralis 507.
— Demonstrationen 25.
— Dermatitis herpetiformis 507.
— Gesichtskarzinom 507.
— Glaskörperblutung nach NS 507.
— Kavernom 778.
— Leukoderma 507.
— Lupus erythematodes 443.
— — — acutus 778.
— Lues congenita 149.
— — tuberoserpiginosa et papulosa 149.
— Melanose 443.
— Monilethrix 26.
— Nasengumma 507.
Buschke, Pemphigus 507.
— Salvarsanexanthem und Nekrosen 778.
— Sklerodermie 443.
— Sklerodaktylie 180.
— Starkstromverletzung 149.
— Tabes und Zungenkarzinom 149.
— A., Peiser, B. u. Klopstock, E., Thalliumvergiftung 35.
— — u. Gumpert, M., Fürsorge für geschlechtskranke Kinder 478.
— — — — — Hauterkrankungen und innere Medizin 78.
— — — — — — Kongenitale Lues 755.
— — u. Langer, E., Gonorrhoe, Lehrbuch 474.
*— — — — — — Thalliumbehandlung 732.
— 25, 150, 180, 444, 508, 780.
Buschmann, H., Scharlachstudien 751.
Butler, P. F. u. Blackett, Ch. W., Nierenbeckenerweiterungen 595.
Buttersack, F., Minderwertigkeit 418.
Bychowsky, Lymphangioma circumscriptum 379.
Byrne, J., Ulcus varicosum 73.
Buzagin, Ulcus molle, Behandlung 246.
Buzello, A., Akute eitrige Infektionen in der Chirurgie 33.
Buzoianu, G. u. Tovaru, S., Syphilitischer Kopfschmerz 360.

Cabanis s. Gilbert, A.
Cafferty s. Dillingham.
Cahn, P. s. Burmeister, E. A.
Calliau s. Hudelo.
— s. Louste.
— u. Say s. Hudelo.
Cajigas, T. s. Houghton, J. E.
Callenberg, J., Sanokrysin bei Lupus 754.
Callomon, Erysipeloid 377.
*Callomon, F., Erysipeloid, Klinik und Serumtherapie 189.
Calvin, N. s. Medina, B. de.
Camus, L. s. Carnot, P.
Canaan, T., Lepra in Palästina 559.
Carle, Reinfektion und Superinfektion 128.
— Syphilitische Reinfektion 242.
— M. u. Lacassagne, J., Grundriß der Geschlechtskrankheiten 383.
Carnosh, L. J. s. Driver, J. R.
Carnot, P., Camus, L. u. Bénard, H., Ultraviolett und experimentelle Impfung 517.
Carol, W. L. L., Morbus Bowen 714.
Carsten, M., Ascaris lumbricoides in der Blase 788.
Carstensen, J., Tumoren, subunguale 858.

Digitized by Google

Casper, L., Pyeloureterogram 594.
— — Rückbildung bösartiger Tumoren 528.
— — Urologie und Marienbad 187.
Cassuto, A., Explosion in der Blase 344.
Castel, J. du, Lupusbehandlung 120, 356.
Cavaillon, Geschlechtskrankheitenbekämpfung 514.
Carajannopoulos, G., Niere, ein Fall von polykystischer 632.
Caven, W. R. s. MacCrae, Th.
Cerchiai, U., Arnethsche Formel bei frischer Lues 208.
Cerná, M., Quecksilberdermatitis 593.
Chaldejew, Dermatitis herpetiformis 554.
Chaletzkaja, Pemphigus vegetans 621.
Chalipsky, Trichophytide und Röntgen 445.
Chapin, E. A., Neue Päderusart bei Dermatitis 353.
Chasanoff, Diathermie bei gon. Komplikationen 446.
Chatellier, L., Atherom 215.
— — Flockungsreaktionen bei Schwangeren 749.
— — Pemphigus vegetans 743.
— — Urethralzyste bei kongenital Syphilitischem 215.
— — u. Garipuy, R., WR-Statistik in Toulouse 749.
— u. Mériel, Pyrethanausschläge 592.
Chatenewer, Gonokokkentoxämie bei Kaninchen 446.
Chevallier, P., Fastenbehandlung der Dermatosen 214.
— — Lues congenita 214.
Chevrel, M.-L. s. Bodin, E.
Chevrier, Wundvernarbung 522.
Chiappini, E., Arterieller Druck bei Syphilitikern 67.
Chiari, H. u. Redlich, F., Agranulozytose 557.
Chiurco, G. A., Aktinomykose 111.
*— — — Experimentelle Arthritiden 228.
Christeller, E. s. Bananerjee, D. N.
Chocholka, E. F., Lues der Blase 564.
Cicero, R. E., Novokaindermatitis bei Zahnärzten 837.
Cipriani, M., Herxheimer-Reaktion nach Bismut 70.
Cirillo, Bacillus acidogenes in den Harnwegen 632.
Ciuca, M. u. Craciunesco, V., Scharlachauslöschphänomen 353.
Clara, P. u. Lebeuf, F., Trypaflavin bei Gonorrhoe 278.
Clark, J. H. s. Bower, J. O.
Claude, F. s. Vallery-Radaub 482.
Clem, J. G., Mundsyphilis 345.
Clément-Simon, Traumatische Syphilis 211.
Cochez, L. u. Mariel, G., Hydatidenkyste 246.
Cochrane, R. G., Nervenlepra 117.
Cohen, D. u. Cohen, A. E., Diabetes mellitus und Herdinfektionen 344.
Cohn, A., Serodiagnose der Gonorrhoe 158.
— H. s. Siebert, C.
Cole, H. N., Gammel, S. A., Rauschkolb, J. E., Schreiber, N. u. Sollmann, T., Quecksilber und seine Ausscheidung 473.
Colwell, H. A. u. Thomson, M. S., Röntgenwirkung auf Kaulquappenhaut 816.
Combe s. Sézary.
Combes, F. C., Purpura haemorrhagica nach Sulpharsphenamin 784.
Conner, H. M. u. Bumpus, H. C., Purpura und essentielle Hämaturie 693.
Cook, Wm. W., Urologische Kleinigkeiten 551.
Cooke, J. V., Windeldermatitis 245.
— W. E. s. Low, G. C.
Corbus, B. C. u. O'Conor, V. J., Diathermie bei Zervixgonorrhoe 427.
Cordes, W., Malaria bei Dermatitis herpetiformis 523.
Cormac, H., Alopecia traumatica 596.
Cornil, L. s. Aubry, E.
— — u. Haushalter, J., Stovarsolinjektionen bei Paralyse 744.
— — u. Pierson, E., Erythrodermie und Polyneuritis nach Salvarsan 745.
Costolow, W. E. u. Soiland, A., Hautinfektionen und Röntgenbehandlung 594.
Coulon u. Esquier, Vitiligo der Schleimhaut 472.
Covisa, J. S. u. Gay, J., Prämykotisches Ekzematid 742.
Craciunesco, V. s. Ciuca, M.
Créhange s. Spillmann, L.
Crha, J., Neue Antiluetika 204.
Cronquist, C., Pityriasis capitis 785.
Crosti, A., Arsenobenzol und Serum in vitro und im Dunkelfeld 208.
Csereszynyés, L. s. Bélak, A.
Csillag, J., Bisol 155.
— — Syphilisinfektionen in Budapest 358.
Cuboni, E., Plasmodiumstämme, gametenfreie 599.
Cuccia, V., Urticaria pigmentosa 308.
Culion Medical Board, Lepra, Behandlung 116.
Cullough, J. F., Hautkrankheiten und Radiumbehandlung 595.
Culver, G. D. s. Montgomery, D. W.
— — — Follikulitis, perforierende 630.

Digitized by Google

*Curth, W., Knochen- und Gelenkveränderungen bei Psoriasis 133.
— — Röntgenbehandlung von Bubonen 40.
Czerny, L. J. s. Heinismann, L. J.

Dabelow, A., Kraniopagus 250.
*Dahlmann, F., Pseudo-Creeping Disease 292.
Dahmen, O. s. Melczer, N.
Dakin, W. B., Frigidität 279.
Damski u. Jablonski, Autopyovakzine 683.
Danel, L., Bromexantheme 36.
Danilewsky, Eczema nervosum 683.
Darier, J., Mycosis fungoides 556.
David, O., Röntgenwirkung auf Kapillaren 39.
— W., Purpura bei Frauen 285.
Davidowski, S., Todesursachen der Moskauer Bevölkerung 861.
Davis, E. V., Tripper in der Schwangerschaft 551.
— H., Argyria 595.
— — Paget's disease 686.
— — Pigmentierung unbekannten Ursprungs 595.
Dayton, Geistige Defekte nach Lues congenita 384.
Deacon, J., Tabakintoxikation, perkutane 36.
Decamps, N. s. Dujardin, B.
Dechaume, M., Recklinghausensche Krankheit 845.
Deelmann, H. T. u. van Erp, J. P., Experimentelles Tumorwachstum 82.
Dehnow, F. s. Forel, A.
Delalande, Syphilitische Mastitis 590.
Delamara, G. u. Achitouv, Lepra und Lues 118.
Delarue, J. s. Laennec, T.
*Delbanco, E., Malariabehandlung der Frühsyphilis 653.
Delmas, E., Treparsoleruption 215.
Demel, R. u. Heinde, A., Gesichtsfurunkel.
Demjanow, G. G., Malariaausschlag 694.
Dennie, Ch. C., Rückfälle bei Frühsyphilis 208.
Dér, O. s. Lang.
Derennes, R., Syphilisbehandlung bei Schwangeren 423.
Deruas, P., Strahlenbehandlung bei Lichen planus 718.
Desjardins, A. U., Strahlungsimmunität 516.
— Strahlentherapie bei Hodgkinscher Krankheit und Lymphsarkom 847.
Deuber, A., Perkutane Gonokokkeninfektion 763.
Devojanz, Scheidenschanker 805.
Dewing s. Gouin.
Dewojanz, Doppelte Vagina bei Lues congenita 381.
*Diamantis, Gonorrhoebehandlung 338.
Dieckhoff, Solarson bei Haarausfall 750.
Dietrich, L., Neobismosalvan 423.
Dillingham, F. H. u. Cafferby, L. K., Knochensyphilis 635.
Dimancesco, O. s. Levaditi, C.
Dimitriew, Pilokarpin bei Gonorrhoe 380.
Diot, E. s. Jausion, H.
Diss, A. u. Peterschmidt, J., Epitheliom 213.
— — u. Prieto, J. G., Papillome 212.
— s. Glaser.
— s. Pautrier.
— s. Masson.
*Dittrich, O., Tuberkelbazillen bei Tuberkuliden 734.
Divella, M., P.A. am Bauch 71.
*Doczy, G., Fibroma circumscript. symmetr. multipl. 273.
Dölter, W., Bouillonempfindlichkeit 561.
Dohen, Lupusbehandlung 214.
Dohi, K., Radiumtherapie 28.
Dohrn, M., Faure, W., Poll, H. u. Blotevogel, W., Tokokinine 183.
Dold, H., Gewebsbiologisches Verhalten der pathogenen Bakterien in Meerschweinchenhaut 791.
— — Tuberkuloseschutzimpfung 562.
Domagk, G., Röntgenschädigung der Niere 692.
Dombray, P., Komplementbindung bei Gonokokkenaffektion 158.
Dombrowski, A., Anonychia congenita 557.
*— — Lichen ruber nach Thallium 542.
Domon, O., Syphilisinokulation 513.
— — Kaninchenkeratitis 514.
Donatien, A. s. Parrot, L.
Dorlencourt, H. u. Garot, L., Ultraviolett und vegetatives Nervensystem 689.
Dorling, G. B., Lepra 742.
— — — Leiomyom 742.
Doros, G., Lues und Nephritis 123.
Dorsey, Th. M., Urologische Probleme 345.
Dortzenbasch, J. s. Wernicke, R.
*Dostrowsky, A., Thallium bei Pilzerkrankung 729.
Doubrow s. Favre.
Douthwaite, A. H., Injektionen bei Varizen 73.
Dowling, G. B., Atrophia maculosa luetica 687.

Digitized by Google

Dreyfus, J., Wismutvergiftung bei Nierenkranken 570.
Driver, J. R., Gammel, J. A. u. Carnosh, L. J., Malaria bei Neurolues 571.
Drouet, G., Gesichtserysipel 77.
Dubreuilh, W. u. Magimel, L., Bowensche Dermatose 749.
Ducourtioux s. Gougerot.
— s. Lévy-Franckel.
— s. Louste.
Düttmann, G., Blasendivertikel 453.
— — Prostatahypertrophie 659.
Dujardin, B., Anaphylaxie 240.
— — u. Decamps, N., Zum Studium der Dermatosen 307.
Dujarric de la Rivière, R. u. Kossovitch, N., Flockungsreaktion bei Syphilis 131.
Dumet s. Hudelo.
Djakow, Butyr. cacao als Vehikel für Hg-Präparate 805.
Duruy s. Babonneix.

Edel, K., Erythrodermia ichthyosif. 240.
Egyedi, D., Gonorrhoe 808, 809.
— — Pyelitis 809.
— — Vasektomie bei Retention 807.
Eicke, 181.
Eisen, P. s. Grajewski, L.
Elbert, E., Feldmann, B. u. Gerkes, W., Komplementbindung bei Rhinosklerom 724.
Elconin, D. V. s. Podlasky, H. B.
Eletzky, Impetigo bullosa 554.
Eliascheff, O. s. Jeanselme, E.
Elistratowa, Divertikel der weiblichen Urethra 806.
Eller, J. J., Naevusbehandlung 316.
— — — s. MacKee, G. M.
Elsner, E., Furunkelbehandlung 75.
Enfield, Ch. D., Röntgen bei Magen- und Lungensyphilis 637.
— — — Harnapparat und seine Röntgendiagnose 594.
Engel, Syphilis und Pseudolähmung 125.
— K., Aortitis luetica 862.
*Engelhardt, W., Fehlergebnisse bei WR und MTR. 332.
Epstein, E., Antivirus Besredka 718.
— — Kolloide Luesreaktionen 568.
Erdélyi, J., Aorta, Röntgenuntersuchung der 802.
Ernst, E. C. s. Burrows, M. T.
— J. P. van s. Deelmann, H. T.
Esquier, A., Lepra 590.
— — Lipome, subkutane 590.
*Eschweiler, Behandlung des Lupus vulgaris 171.
Estor, E., Blasenexstrophie 343.
Evans, W. A. u. Leucutia, T., Lymphosarkom und lymph. Leukämie 86.
— — — — — — Röntgen bei erkranktem Lymphgewebe 815.
Evers, E. s. Albrecht, B.
Ewing, C. L. s. Stokes.
Ezickson, W. J., Angioneurotisches Ödem 44.

Fabre, M., Nervensystem und Hauterkrankungen 482.
*Fabry, J., Akneförmige Blastomykosis 824.
— — Röntgenulzera 284.
— — Teleangiektasien nach Röntgen und Radium 41.
*Fällenbaum, L. u. Fleck, L., Zur Ätiologie des Lupus erythematodes 485.
— — Lupus erythematodes 448.
Faerber, E., Pyurie und Albuminurie 658.
Fahlberg s. Kalinin.
Faingold, Syphilis, professionelle 120.
— s. Feldmann, A.
— L. J. s. Mgebrow, M. G.
Falchi, G., Dermatomykosen 628.
— — Trichophyton und Achorion 306.
Falconer, A. W. u. MacLachlan, Milzentfernung bei Purpura haemorrh. 73.
Falkenheim, C., Antirachitischer Faktor 259.
— — Bestrahlte Kühe und Wirkung ihrer Milch 259.
Farcasch, G. s. Mironesco, Th.
Farnell, F. J., Behandlung der Neurolues 209.
Faure, W. s. Dohrn, M.
Fedoroff, S. P., Blasentumoren 552.
Feldmann, A., Bratzlawsky u. Faingold, Nodositas juxtaarticularis 379.
— — A. u. Pergament, D. S., Hauttuberkulose 739.
— W., Meningitis und Neosalvarsan 380.
Felke u. Nagell, H., Pemphigus vulgaris 523.
Fellner, O., Zuckerstoffwechsel, Sexualorgane und Insulin 315.
Fenyő, J. s. Liebner, E.
— — s. Sellei, J.
Ferencz, P., Plaut-Vincentsche Angina, Wismutbehandlung 87.
— — Varizellenschutzimpfung 355.
Fermé, G. s. Lemay, P., 514.
Fernbach, H. u. Hepner, F., Haut und Antikörperbildung 480.
Fernet, P. u. Solente, G., Erythrozyanose 469.
Fervers, C., Die vierte Krankheit 751.

Digitized by Google

Fetscher, R., Gynäkomastie 250.
Feuerstein, L., Mikro-Meinicke-R. 758.
Feyrter, F., Aphthoid Pospischill 525.
Fieser, H., Heißluft bei weibl. Gonorrhoe 788.
Filhonland s. Hudelo.
Filliol s. Gougerot.
Finger, E., Eheschließung und Strafgesetzbuch 478.
— — Syphilisbehandlung 132.
— 277, 830, 833, 834.
Finkelstein, F. u. Timochina, Experimentelle Gonorrhoe 446.
Finsen, H. C. S., Adenoma sebaceum 450.
— — — — Blasenbildung der Haut bei Karzinom 452.
— — — — Epidermolysis bullosa 453.
— — — — Epithelioma adenoides cysticum 450.
— — — — Fremdkörpergeschwülste der Haut 82.
— — — — Lenigallolvergiftung 452.
— — — — Lichen ruber annularis 450.
— — — — — — 451.
— — — — Lipome 449.
— — — — Pathomimia 452.
— — — — Pityriasis rubra pilaris 451.
— — — — Psoriasis rupioides 452.
Fischbein, Bismutogvi 805.
Fischer 507.
— E., Insulintherapie des Ulcus cruris 491.
*— G., Recklinghausensche Krankheit 89.
— — A., Nachkommen von Recklinghausenkranken 713.
— H., Genese der Hautkarzinome 84.
— — Subepidermoidales Karzinom 85.
— M., Herpesvirus, Blut und Liquor 695.
— — Tabische Sehnervenatrophie und Luesbehandlung 565.
*— O., Malariabehandlung der Lues 648.
— W., Aortenaneurysma 27.
— — Genitalkrebs und Lymphogranulomatose der Parotis 86.
— — Pruriginöses Exanthem 180.
Fischl, R., Experimentelle Lues congen. 385.
— — Luet. Rezidivexanthem 276.
— — Soorbehandlung 87.
Flandin, Zoster und Herpes 241.
Flarer, F., Adenoma sebaceum 316.
— — Urticaria factitia 207.
Flater, A., Leberlues und Fieber 122.
Flesch, M., Masern 114.
Flesher, R. E. s. Simpson, F. E.
Fleure, H. S., Haut und Rasse 479.
Fleurin, H., Schwefelstoffwechsel 248.
Fook, H., Kalkgicht 721.
Föderl, V., Peniskarzinom 184.
Föderl, V., Nabeladenom 527.
Förster, F., Quarzlampenbestrahlungen 42.
Foerster, H. R., Berufliche Sporotrichose 352.
Fontana, A., Arsen- und Hg-Exantheme 70.
Forel, A. u. Dehnow, F., Vererbung und Geschlechtsleben 555.
Formanek, J. u. Bentl, F., Bijonin 593.
Fornara, P., Ichthyosis, familiäre 67.
Forslund, Melanosarkom 451.
Fouquet, Ch. u. Michaux, J., Hg-Bi-Präparate 749.
— E. s. Schrapf, R.
Fournier, L. u. Mollaret, P., Goldinjektionen bei akuter Gonorrhoe 160.
Fowling, G. B., Lichen nitidus 595.
— — — Syphilis und Atrophie 595.
Fox, H., Granuloma inguinale 719.
Fraga, A. s. Assis, A. de.
François, P. u. de Keyser, L., Lupusbehandlung 243.
Francziszczi, D. s. Kramár 113.
Frank, R. T. u. Goldberger, M. A., Weibliches Sexualhormon und Geschlechtsbestimmung 183.
Frank, T. s. Stern, M.
Franke, M., Pancreatitis gummosa 565.
Franken, H. s. Rottmann, H. G.
Frankenhaus, Ichthyosis congenita 75.
Freedman, L., Neo-Arsphenamin 636.
*Freischmidt, Gonaromat 710.
Freiwirth, E., Blutveränderung bei WR 386.
French, E. G., Lupus erythematodes 741.
Freude, E., Hautreize und viszerale Reflexe 664.
Freudenthal, W., Verruca senilis und Keratoma senile 629.
Freund, E., Lichenoide Arsenobenzolexantheme 207.
— — Melanodermatitis toxica 305.
— — Northovan bei Lues 155.
— F., Apoplexia cutanea 413.
— — Lues gummosa 831.
— — Parapsoriasis guttata 831.
— H., Trophische Störungen bei experim. Herpes 443.
— — Balanitis erosiva circinata 622.
Fried, S., Experimentelle Mikrosporie 554.
Friedmann, A., Neurorezidive und Metalues 124.
Fromlet, K., Nebenhodentuberkulose 455.
Fromm, W., Masern und Noma 114.
Frommelt, E. u. Baumgartner, J., Pockenimpfung 114.

Digitized by Google

Frühwald, Orificium internum urethrae bei Gonorrhoe der Frau 376.
— R., Generalregister 310.
Fuchs, M., Calmitol 311.
Fülleborn, F., Creeping eruption ähnliche Affektion 352.
— — Hautquaddeln bei Strongyloidesträgern 558.
— — Strongyloides-Kutanreaktion 557.
Fuhs, Alopecia areata 341.
— Arsenkeratose 179.
— Atrophia cutis 834.
— — — und Sklerodermie 836.
— H., Dermatochalasis 721.
— Kongenitale Dyskeratose 179.
— Favus 834.
— H., Karzinoide 239.
— Multiples Kerion 834.
— Morphininfiltrate 277.
— Pityriasis lichenoides 343.
— Scleroderma circumscriptum 179.
— Triphaldermatitis 836.
— H., Woodsches Licht 740.
— 836.
Funk, G., Mitigalvergiftungserscheinungen 257.
Furmanow, Gonorrhoe bei Knaben 426.

Galant, J. S., Intrakutanes Venenbüschel 285.
Galbas, P. A., Sonnenstrahlennetz im Nordseegebiet 256.
Galewsky, Erythro-Cyanosis cruris 375.
— Multiple blaugraue Tumoren 375.
— 27, 375, 376.
Gallerand s. Meyer.
— s. Sézary.
Galliot, A., Luesbehandlungsschema 760.
— — Wismutabszeß 592.
— — Zoster und Wismut 592.
Gallois, P., Pruritus perinei 288.
Galloway, J. s. Levaditi, C.
Gammel, J. A., Madurapilzerkrankung und zwei neuentdeckte Pilzarten 838.
Gamna, C. u. Andrei, G., Sachs-Klopstockreaktion 69.
Gammel s. Cole.
— J. A. s. Driver, J. R.
Gamper, W. s. Weil, Ri.
Ganz, P. O., Trockenkomplement 567.
Garot, L. s. Dorlencourt, H.
Garzicic, Pigmententwicklung nach Transplantationen bei Tritonarten 720.
Garcin, B. s. Loeper.
Gasparo, H. di, Hautdecke und phys. Medizin 791.
Gastineau s. Gregor.
Gastinel, P. u. Müller, P., Spina ventosa luetica 748.
Gaté, Ödem des Gesichts bei Salvarsan-Wismutbehandlung 472.
— s. Nicolas.
— J. u. Aloin, H., L. III. der Thyreoidea 359.
— — u. Massia, G., Basalzellenepitheliom 472.
Gatter, G., Geschwülste am äußeren Genitale 187.
Gaugier, L., Varizen 286.
Gay, J. s. Covisa, J. S.
Gaza, W. v. u. Brandi, B., Entzündungsschmerz u. Alkalisierung 667.
Geft, Bromnatriuminjektion 381.
Geiger, Erythrodermia exfoliativa bei Leukämie und Diabetes 276.
— Sykosis simplex 341.
— E. u. Simon, G., Diphtherieulkus 312.
Gelbjerg, Lupus follicularis dissemin. 451.
— G., Necrosis adiposa neonat. 412.
— Sarkomatosis cutis 450.
— „Skrophulöses Gumma" 451.
Gelbraith, W. W. u. Riddell, J. R., Harnapparat u. Röntgenuntersuchung 594.
Gelderen, J. J. van, Achselhöhlenorgan des Schimpansen 44.
Gellhorn, G., Lues der Zervix 358.
Gellner, G., Tuberkulose, Frühbehandlung 118.
Genner, V., Varizenbehandlung 453.
Genty, M. u. Raymond-Hamet, Yohimbinvergiftung 36.
Giacardy, Lymphogranulomatosis inguinalis 416.
Gielmann, Penisamputation nach Gumma 553.
Gifford, S. R. u. Lucie, L. H., Sympath. Ophthalmie durch Herpesvirus 694.
Gigon, A. u. Lüdin, M., Röntgenwirkung auf Blutbestandteile 39, 840.
Gilbert, A., Tzank, A. u. Cabanis, Senkungsgeschwindigkeit bei Lepra 753.
— R., Langworthy, V. u. Moore, A. C., Komplementfixation mit cholesterinisiertem Antigen 636.
Gildemeister, E. u. Herzberg, K., Herpes und Pocken 521.
Gimplinger, E., Spirozid 570.
Ginsburg, L., Salvarsandermatitis, ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen 622.
Girardier, J. de s. Ravault, P. P.
Giraud, E., Pockenrückfall 354.
Girel, G., Epitheliombehandlung 347.
Girond, P. s. Vallery-Radaut.
Gjelberg, G., Necrosis adiposa neonat. 450.
Gheorghiu, S., Gonokokken, Bindungsreaktion 600.

Digitized by Google

Glanzmann, E., Nervöse Komplikationen von Varizellen, Variola, Vakzine 752.
Glassberg, O. s. Nobl, G.
Glasser, R. u. Diss, A., Acrodermatitis (Hallopeau) 597.
Glasson, J. L., Erysipel 473.
Glaubersohn, Spondylitis, syphilitische 622.
Gliner, Hg- u. Bi-Nekrosen 683.
Glingar s. Blum.
Gluckmann, H., Gonorrhoebehandlung 69.
Glynn, E., Roberts, R. E. u. Bigland, Ph. M., Behandlungseffekt und WR 515.
Goco-Brissonnière s. Raynaud.
Godinho, Sanokrysinexanthem bei Lupus erythematodes 483.
Göer, Fr. v., Haut als Immunitätsorgan 662.
Gogower s. Model.
Golay, J., Lupus erythem. d'emblée 240.
— — Paternelle Erbsyphilis 565.
Goldberger, J., Ambardsche Gesetze 552.
— M. A. s. Frank, R. T.
Goldenberg, H. u. Rosen, S., Hauterscheinungen in einem allgemeinen Krankenhaus 473.
*Goldhammer, E., Ratanhiasalbe als Überhäutungsmittel 529.
Goldhurst, St. V., Unerkannte Lues congenita 687.
Goldmann, H., Melaninartige Substanzen 80.
Goldsmith, W. N., Zur Diagnose 686.
Goldstein, E. u. Harris, J., Xanthoma diabeticorum 719.
Golla, F. u. Herrmann, G., Meningismus nach Lumbalpunktion 387.
*Gollner, H., Psoriasis atypica 725.
Golossowker s. Wainstein.
Gomes, A. A., Ekzem und Zahnerkrankung 75.
Gonser u. Polzer, Trinkerfürsorge 790.
Goodmann, H., Hautsyphilis 209.
Goodman, N. M., Gehirnsyphilis 123.
Gordo, W. H. u. Feldman, W. S., Wismut 637.
Gordon, A., Nervensyphilis bei Eheleuten 208.
— S., Lepra, Pathologie 115.
Gottfried, M. s. Strominger, L.
Gottlieb, J., Pneumoren 659.
Gottron, Pityriasis lichenoid. chron. 180.
— Lupus miliaris dissemin. 180.
Gougerot, Akrodermatitis Hollopeau 846.
— H., Syphilisbehandlung 33.
Gougerot, Verzögerte Schanker 213.
— Ducourtiaux u. Lotte, Tuberkulid 469.
— — u. Tisserand, Lichen planus, atyp. 468.
— Filliol u. Merklen, Zoster und Nervenlähmung bei tuberkulösem Tabiker 747.
— Martin u. Mansion, Vitiligo 527.
— u. Bertillon, Salvarsanfälle und Caesium 588.
— u. Filliol, Erythema induratum 747.
— — — Syphilis, gummöse nach Hundebiß 588.
— H. u. Lotte, Arnikaanaphylaxie 449.
— — u. Quénu, J., Gangrän nach Wismut 277.
Gouin, Bienvenue u. Dewing, Sympathikusbestrahlungen bei Dermatosen 749.
— — Erythema multiforme 471.
Goulayewa s. Rosen.
Graham-Little, E. G., Glossitis migrans 596.
— — — — Lepra 596.
— — — — Pemphigus 687.
— — — — Sarkomatosis Perrin 742.
— — — — Tuberkulöse Infektion nach Elektrolyse 596.
Graf, H. W., Aortitis luetica 564.
Grage, Ejaculatio praecox 187.
Grajewski, L. E. u. Eisen, P., Verdoppelung des Nierenbeckens 595.
Grant, R. T., Urtikariareaktion 280.
Granzow-Irrgang D. s. Martenstein, H.
Grattan, J. F., Narben und ihre Behandlung 846.
Graumann, A., Jupiterlicht 43.
Gray, A. M. H., Leishmaniosis 596.
— — — — Pityriasis lichenoides acuta 686.
— — — — Sclerema neonatorum 472.
Greenbaum, S. S. u. Jagle, E., Kahnsche Flockungsreaktion 130.
— — — s. Brown, H.
Greenberger, M. E., Prostataabszeß 279.
Gregor, F. W. u. Gastineau, F. M., Syphilisbehandlung, Storvarsol 631.
Griffiths, Ch. B., Schutz der Blase bei Operationen 785.
Grigoraki, L., Ein neuer Hautpilz 88.
Grigorjeff, Tubero-vesikulöses Syphilid 683.
Grigouroff, G. s. Lacassagne, A.
Groedel, F. M. u. Hubert, G., Interferometr. Blutuntersuchung bei Syphilis 419.
— — — u. Schneider, E., Biologische Röntgenwirkung 38.

Digitized by Google

Gröer, Fr. v., Tuberkulinempfindlichkeit 561.
Großmann, A., Pernionenbehandlung 72.
— H. s. Uhlenhuth, P.
Grshebin, Neurolues und Liquor 388.
— u. Tapelson, Syphilisliteratur 446.
*Grschebin, Syphilis insontium im Gouvernement Smolensk 545.
Grün, E., Gichtknoten 410.
Grünbaum, F., Salvarsan 446.
Grünbaum-Sachs, H., Sexualproblem der Bevölkerungspolitik 187.
Grünmandel, S. s. Biberstein, H.
Grünstein, A. u. Popowa, N., Dermographismus 253.
Grumach, L., Wismuttherapie 448.
Grunert, Krebsbehandlung 724.
Gruß, Spindelzellensarkom 275.
Günsberger, O. D., Elektrokollargol Heyden bei Epididymitis 427.
Gürich, H. s. Lenhartz, H.
Guerin, Infektiöses Akanthom 348.
Guhrauer, Proteinkörpertherapie 483.
Gumpert, M., Geschichte der Abnahme der Syphilis 444, 508, 781.
— — s. Buschke, A.
Gunsett, A. s. Masson, P.
Guillain, G., Laroche, G. u. Lechelle, P., Benzoereaktion 688.
Gusnar, K. v., Fibrosis mammae 315.
Gussew, V., Riesenlipom 81.
Guth, H. s. Brandt, R.
Guthmann, H. u. Bott, O., Röntgenkastration 40.
Gutmann, F. W., Blennosanschädigungen 639.
Gutstein, M., Bakterienektoplasma 251.
Guy, W. H., Epidermolysis bullosa 631.
Gye, W. E., Krebsforschung 349.

Haberland, H. F. O., Keimdrüsenüberpflanzung 789.
Haberlandt, L., Hormonale Sterilisierung weiblicher Tiere 640.
Habermann, Purpura annularis Majochi 25.
Hackemann, Lues und Milch der Wöchnerinnen 126.
— Retroplazentarblut 758.
Hagen, F., Ulcus trophoneuroticum 82.
Hajnal, G., Lichttherapie 808.
Hajos, E., Omnadin bei Gonorrhoe 808.
— K., Desensibilisierungstherapie 256.
— — Röntgenbestrahlung und Anaphylaxie 481.
— — u. Koranyi, A., Überempfindlichkeit bei Tuberkulose und allergischen Erkrankungen 666.
*Haim, A., Serodiagnose der Syphilis 466.
Halacz, E., Necaron bei Gonorrhoe 809.
Hall, A. J., Halogene-Ausschläge 257.
— F. R., Lues unter Geisteskranken 637.
Hallam, R., Urticaria papulosa 743.
Halperin, J. s. Toomey, J. A.
Hamanishi, S. u. Inokuchi, K., Luxatio testis 512.
Hamburger, F., Tuberkulinreaktionen 356.
Hamperl, H. u. Schwarz, G., Röntgen bei Krebsgeschwülsten 691.
Hanschell, H. M., Die Malariastämme bei Paralysebehandlung 68.
— — — Klimatischer Bubo 157.
*Hansen, P., Ekzemätiologie und -behandlung 611.
Hanzlik, P. J. u. Thienes, C. H., Salvarsan und autonomes Nervensystem 31.
Harris, J. s. Goldstein, E.
Havkius, M. S. s. Klauder, S. V.
*Hartmann, E., Granuloma teleangiectodes sive pediculatum 573.
*— — Pityriasis sicca 217.
— — u. Roques, K. R. v., Bromostrontiuran 31.
— R., Röntgen bei Karzinom 724.
Hase, A., Insektenstiche 352.
— — Kopflaus 112.
— — Tausendfüße und ihre Giftwirkung 112.
— — Ungeziefer und ihre Bekämpfung 112.
Hashikuchi, M., Serodiagnose von Framboesie und Syphilis 512.
Hashimoto, T., Klimatische Bubonen 28.
Haslund, O., Syphilis und Basedow 451.
— — Zur Diagnose 451.
Hasselmann, C. M., Herxheimersche Reaktion 762.
— — — Meldepflicht der Gewerbeekzeme 36.
— Kahlert, M., Röteln 354.
Hauser, K. W., Strahlenschutzröhren 519.
Haushalter, J. s. Cornil, L.
Haustein, H., Sexuelle Hygiene in Rußland 554.
— 508.
Hawe, A. J. u. Paterson, F. S., Leukämie mit Syphilis 570.
Haxthausen, H., Acanthosis nigricans mit Nagelveränderungen 450.
— Cimexeier 452.
— — Erythrodermie pityriasique 450.
— — Granulosis rubra nasi 451.
— — Intertrigo vegetans 450.
— — Keloide nach Sonnenstrahlen 453.
— — Keratosis senilis 452.
— — Knotenförmiges Syphilid 451.
— — Lichen scrophulosorum 452.
*— — Lichtausschlag bei Hämatoporphyrinurie nach Luminal 827.

Digitized by Google

Haxthausen, H., Lupus erythanat. 450.
— — Tuberkulide des behaarten Kopfes 452.
— — Pityriasis rosea bei Kindern 452.
— — Sarkoid 452.
— — Streptokokkenzüchtung 450.
— — Vermutliche luetische Reinfektion 450.
— — Zirzinäre Fingerkeratosen 452.
— — Zur Diagnose 452.
Hayashi, H., Hautsensibilität 658.
Hayes, O., Harnröhrendehner 453.
Hazen, H. H., Salvarsandermatitis 474.
*Hecht, H., Serodiagnostik mit der Aktivmethode (HR) 676.
— Seroreaktion mit aktiven Seren 386.
*— — Urethritis abacterica infectiosa 146.
— — Verkannte Syphilis 385.
Hegedus, K., Papilloma urethrale 477.
Heft, B., Gravidität und Syphilis 553.
Heidenhain, L., Röntgen und Entzündung 281.
Heilmann, P., Pagetkrebs 85.
Heim, F., Sympathikus und Gewebsstoffwechsel 253.
Heimann, F., Blasenveränderungen nach Uteruskarzinombestrahlung 595.
— — Künstliche Erzeugung syphilitischer Blutveränderung 129.
— H., Behandlung der kongenitalen Lues 637.
— — L., Herzsyphilis 755.
Heimberger, H., Kapillarphysiologie 248.
Heindl, A. s. Demel, R.
Heine, J., Sklerosis diffusa 349.
Heiner, L., Komplementbindung bei Gonorrhoe 426.
Heinemann, H., Furunkel 313.
Heinismann, J. J. u. Czerny, L. J., Röntgen bei Sklerodermie 720.
Heitz, S. s. Letulle.
Heitzmann, O., Spirozid und Treparsol, Toxizitätsversuche 626.
Heller, St., Dicksche Impfung 751.
— Koilonychie und Basedow 781.
— Lichen ruber 27.
— Sklerodermie 27.
— 149, 443, 508.
Hemning s. Steiner, G.
Henningsen, E., Syphilisrezidive 451.
Henszelmann, A., Typhusvakzine bei Tabes und Paralyse 423.
Hepner, F. s. Fernbach.
Herb, F., Komplement 666.
Heredia, P., Hodenorganotherapie 454.
Hermans, E. H., Lues in Niederländisch-Ostindien 563.
Hernaman-Johnson, F., Ultraviolettstrahlen 814.
Herold, R. D. u. Culver, H., Antiseptika in Gelatine beim Tripper 763.
Herrmann, G. s. Golla, F.
— F. u. Nathan, E., Xanthomgenese 712.
Herz, L., Allergische Hautkrankheiten 34.
Herzberg, K. s. Gildemeister, E.
Herzfeld, L. E., Lymphangoitis bei Pirquet 356.
— G. M. A. u. Mackse, T. J., Rattenbißfieber 115.
Hescheles, J., Behandlungskriterien bei Lues congenita 567.
Heslin, J. E. s. Veer, J. N. V.
Hesse, E., Hg-Vergiftung 257.
Heuck 26.
Heusch, K., Neurofibrome der Harnblase 639.
Highman, W. S., Histopathologie und Dermatologie 479.
Hildebrand, Ph., Syphilis im Altertum 357.
Hillmann, G. s. Hyslop, G. H.
Hinkleman, A. J., WR und Pallida-Antigene 209.
Hinsberg, V., Karzinombehandlung 691.
Hintze u. Jeremenko, Psoriasis 843.
Hinz, R., Syphilis und Dünndarmstriktur 122.
Hinze, F., Zoster generalisatus 714.
— Fox-Fordycesche Krankheit 621.
— Eigenblut bei pyogenen Prozessen 523.
Hirsch 443.
— J. S. u. Holzknecht, G., Grundlagen der Röntgentherapie 786.
— M., Varizenthrombosierung 287.
— O., Basocav 35.
Hirtzmann, Terpentininjektionen 718.
Hissard, Pityriasis rosea 748.
Hoche, O. u. Moritsch, P., Schweißdrüsenabszesse 285.
— — u. Pfab, B., Diathermie, Sollux- und Quarzlampenbehandlung 284.
Hochsinger, C., Kongenitalitätsproblem 382.
*Hodara, M., Sklerodermie 224.
*— — u. Behdiet, H., Getreidedermatosen im Orient 290.
Hoeck, W., Hidradenom 187.
Hoffmann, E., Salvarsanresistenz und -dosierung 154.
— — Syphilisbekämpfung 661.
— — Syphilis- und Gonorrhoebehandlung 68.
— — Verrucosis generalisata 25.
— — u. Armuzzi, G., Salvarsanresistenz 566.
— — u. Zurhelle, E., Lamasyphilis 205.
— 25, 26, 27.
— H. u. Konrad, E., Lumbalpunktion 132.

Digitized by Google

Hoffmann, M., Gonorrhoe und Malaria 448.
— W. H., Lepra und Antimonbehandlung 859.
— — — Leprabekämpfung 356.
— — — Lepraproblem 560.
— — — Allergische Reaktion bei Lepra 117.
Hofmann, E., Skleroedema adultorum 846.
Holländer, A., Mastzellen 32.
Hollander, L., Syphilis 685.
Holthusen, H., Röntgenhärtemessung 691.
Holzkecht, G., Karzinombestrahlung nach Dextroseinjektion 519.
— — Röntgenbehandlung der Eiterungsprozesse 690.
— — Röntgendosierung 283.
— — s. Hirsch, J. S.
Horn, L., Metaluestherapie 424.
Hottinger, A., Bestrahltes Cholesterin bei Rachitis 259.
Houghton, J. E., Hunter, O. B. u. Cajigas, T., Kahn-Reaktion 568.
Hryntschak s. Blum.
Hübner, Schwefelpräparat 482.
Hübschmann, K., Komplementbindungsreaktion bei Tuberkulose 240.
Hueck, Pellagra 656.
Hühne, Th., Joddermasan 668.
Hülte, H., Krampfaderbehandlung nach Linser 72.
Hubert, G. s. Groedel, F. M.
Huldschinsky, K., Antirachitische Zone des Ultraviolett 259.
Hunt, E. L., Neurolues 636.
Hunter, O. B. s. Houghton, J. E.
Hütter, F., Spirozid bei Spirillosen 724.
Hyslop, G. H., Neal, J. B., Kraus, W. M. u. Hillmann, O., Sperotrichosis meningitis 352.
Hudelo, Jay u. Cailliau, Adenoma sebaceum 469.
— d'Allaines u. Rabut, Syphilis der Tränendrüse 589.
— Dumet u. Filhoulaud, Syphilisschanker, intranasaler 589.
— Rabut u. Cailliau, Histologie des Oleoms 746.
— — — — Elefantiasistuberkulose 471.
— — — Oleom des Gesäßes 592.

Iljina, Elastikaveränderungen 683.
Ingram, J. T., Ungewöhnliche Nävusform 742.
Inhelder, H. E., Malaria und Askariden 314.
Introzzi, P., Pigmentursprung 306.
Immel, F., Zervikalgonorrhoe, Behandlung 787.
Inokuchi, K. s. Hamanishi, S.
Intosh, S. A., Granuloma inguinale 600.
Ishikawa, Sh., Epithelkulturverfahren 514.
Ishimaru, H., Wisphormin 511.
Ismail-Sade, Leberprüfung und Lues 380.
Itten, H. W., Paralysestatistik in Schweizer Irrenhäusern 360.

Jablonski s. Danski.
Jackson, A. B., Mißhandelte Syphilis 209.
Jacobi, Lymphadenosis cutis circumscripta faciei 148.
— Sklerodermie 148.
Jacobs, L. M., Maligne entartete Talgdrüsenzysten 750.
Jacobson, H. P., Luesbiologie 754.
Jacubsohn, A., Kochsalz intravenös 256.
Jadassohn, J., Abortivbehandlung der Lues 564.
— — Psoriasisbehandlung 312.
— — Seltenere Hautepitheliome 85.
— — Syphilisrückgang 419.
— 25, 27, 374, 375, 376.
— W., Idiosynkrasie 252.
— — Ultrarotwirkung 412.
Jagle, E. s. Greenbaum.
Jahnel, F., Spirochaeta Duttoni 599.
— — u. Lange, J., Framboesie und Paralytiker 360.
— — — — — — Syphilisimmunität der Paralytiker 756.
Jakimoff, W. L., Spirochätenimprägnation nach Fontano-Tribondgan 863.
Jakowleff, Gummata des Dickdarms 379.
Jakubson, A., Sarkoid Boeck 446.
Jameson, R. E., Syphilis 636.
Janson, Aulin 353.
Jaskolko, S., Komplementbindung bei Gonorrhoe 343.
Jausion, H., Dermatosen infolge Lichtsensibilisierung 814.
— — Gonokokkenerkrankung als Allgemeinleiden 426.
— Pasteur u. Azam, Alopecia areata 471.
— u. Diot, Gonoreaktion Rubinstein 215.
— H., Vaucel, M. u. Diot, E., Gonorrhoebehandlung 160.
Jay s. Hudelo.
Jeanselme u. Burnier, Chrysalbine bei gummöser Tuberkulose 589.
— — — Gesäßtrichophytie 214.
— — — Orientbeule 214.
— — — Sklerodermie 589.
— E. u. Eliascheff, O., Juxtaartikuläre Knoten 524.
— — u. Hufnagel, L., Favusendemie 214.

Digitized by Google

Jedlicka, Sklerodermie und endokriner Apparat 593.
Jellin, Erbsyphilis in Kasan 553.
Jena, E., Hauteiweißderivat 663.
Jéramec, C., Kutanreaktionen bei Asthma 253.
Jeremenko s. Hintze.
Jersild, O., Fox-Fordycesche Krankheit 451.
— Genitalgangrän 453.
— — Sichtbarmachung der Rektalschleimhaut 307.
Jessner, M., Hautleishmaniose 719.
— — Juxtaartikuläre Knotenbildung 412.
— — Spondylarthritis cerricalis 861.
— S., Juckende Hautleiden 348.
Jewesburg, R. C., Ehe und Syphilis 638.
Joachimovits, R., Vakzineinfektion 355.
Johannessohn, F., Salvarsan und Rekurrensspir. 154.
Johnson, F. M., Benigne Tumoren der Mundhöhle 847.
Jordan, A., Lichen ruber planus 621.
Jorstad, L. H. s. Burrows, M. T.
Jorstis s. Myerson.
*Joseph, A., Rekurrens-Nagana-Infektion 501.
Josselin de Jong .R. de, Pseudohermaphroditismus 789.
Joung, M. L., Mangan bei Furunkulose 76.
Judin, Urtikaria 806.
Judowitsch, Salvarsanspätikterus 445.
Jüngling, O., Röntgenwirkung beim Karzinom 723.
Jukelis u. Schneierson, Zur Statistik des Syphilisverlaufes 683.
Jumelle, Chaulmoograöle 561.
Jungano, Neoplasmen an Hoden 246.
Juster, E., Erythrozyanosen 216.
— — Pruritus circumscriptus 288.
— — Syphilis congenita und Zahnentwickelung 590.
— — Vitiligo nach Ultravioletterythem 749.
Justus, J., Bowensche Krankheit 350.

Kabatschnik, S., Gonorrhoekomplikationen 550.
Kadisch, E., Schnellreaktion 27, 131, 151.
— — u. Ritter, H., Ekzebrol, Strontium, Brom bei Dermatosen 668.
— 181.
Kärcher, M., Olyptol 34.
Kafka, V., Eiweißquotient im Liquor 338.
— — Liquoruntersuchung 569.
— — Meningenpermeabilität 569.
Kagelmann, Lupus miliaris disseminatus 375.
— Reize bei Salvarsandermatitis und Dermatitis herpetiformis 378.
Kagelmann, Urticaria pigmentosa 375.
— s. Lennhoff.
Kahn, A. u. Smelow, N., Klimakterium und Lues 380.
Kajikama, H., Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit 514.
Kalinin, A., Staphylokokkenfiltrate Besredka 792.
— u. Fahlberg, Kaninchengonorrhoe 425.
Kaltenbach, H., Entstehungsursache der Paralyse 565.
Kamprath, P., Schleimdrüsenkarzinom 723.
*Kann, A., Psychische Beeinflussung der Haare 496.
Kaplan, B. s. Singer, H. A.
Kaplun, Arthropathien und Salvarsan 380.
— B. J., Salvarsan-, Hg- und Bi-Überempfindlichkeit 739.
— M., Soziale Venerologie 806.
*Kapp, J. F., Vitalität alternder Haut 111.
Kapuscinski, St., Dermatitis diabetica, mit Insulin behandelt 632.
Karczag, L., Pellagra 314.
*Karrenberg, K. L., Grützsche Nährböden für Dermatophyten 434.
— — — Neues Röhrchen für Dermatophyten 447.
Karwacki, L., Krakowska, S. u. Zolberg, M., Tuberkelbazillus und sterilisierende Wirkung der Goldsalze 861.
Kassandrow, Blutgerinnung und Salvarsan 380.
Kato, Y., Trichophytien 29.
Kauders, O., Malaria bei nervöser Frühlues 571.
Kaufmann, E., Bisuspen 761.
Kauffmann, H., Furunkelmetastasen 523.
Kawamoto, K., Hodenuntersuchungen 789.
Kazda, F., Spontangangrän bei Luetikern 122.
Kedroff, Reinfektion 553.
Kedrow, S., Extragenitale Schanker 445.
Keller, Herdreaktionen 561.
Kellermann, A., Salvarsanschäden 570.
Kenedy, D., Epidermolysis bullosa hered. 809.
Kerl, Lichen ruber acuminatus 176.
— W., Syphilisbehandlung 569.
— Zur Diagnose 176.
Kern, H. s. Samuels.
Keyser, L. de, Lupusbehandlung 243.
Khan, A., H-Ionenkonzentration und WR 636.
Khoor, Pemphigus und Kolloidstruma 409.
Kiene, E. u. Mahnert, A., Nachweis mütterlicher und kongenitaler Lues 385.

Digitized by Google

Kiess, Lymphogranulomatose 303.
Kingreen, O., Röntgenbestrahlung akuter Entzündungen 39.
Kingsbury, S. u. Peck, S. M., Antimon- und Kaliumtartratinjektionen 599.
King-Smith, D., Lupus erythematodes 245.
Kircher, A. u. Ruppert, E. v., Neosalvarsan und Strontiuran 421.
Kirs, J., Luesreaktion 130.
Kissmeyer, Granuloma pyogenicum 450.
— Lichen ruber 451.
— Zur Diagnose 450.
Kißmeyer, A., Ichthyol bei Furunkel 718.
Kistjakowski, Achromia cutis postparasitaria 621.
Kitchevatz s. Milian.
Klauder, J. V. u. Brown, H., Ekzema, experimentelle Studien 630.
— — — Richter, L. L. u. Harkins, M. J., Erysipeloid 473.
Klebe, E., Arzneiexanthem 689.
Kleeberg, Lupus erythematodes 28, 508.
— Papulonekrotisches Tuberkulid 28.
— Ulzeriertes Gumma 28.
— Zoster generalisatus und Varizellen 181.
— L. s. Pinkus, F.
*Kleinmann, H., Thallium bei Pilzerkrankungen 493.
— Thallium bei Pilzkrankheiten 351, 622.
Kleist-Schwarzkopf, Aulin 353.
Klemptner, Dystrophia papillaris et pigmentosa 683.
Kline, B. S., Littmann, S. u. Mill, A. B., Flockungsreaktionen 637.
Klingmüller 25, 27.
Kliorin, J., Leucoderma syph. 712.
Kloeppel, F. W., Salvarsanresistenz 420.
Klövekorn, G. H., Bestrahlungstherapie der Dermatosen 741.
Klopstock, F., Ambozeptoren 568.
— — Syphilis und Blutveränderung 129.
Kneise, O., Zystoskopie 310.
Kobayashi, Sh., Ekzem 685.
Kobelew, Erythrämien 717.
Kobrak, F., Salvarsanschäden des inneren Ohres 154.
Koch, G., Angina und Vakzination 558.
— H., Erythema nodosum, Ätiologie 859.
— J., Krebsentstehung, Zellenbild des Mäusekrebses 722.
*Koehler, G. D., Lupus erythematod. dissem. acutus 60.
Königstein, Hämatoporphyrin bei Akne varioliformis 178.
Koeppe, H., U.-V.-Strahlen und rote Blutkörperchen 258.
— — — in Nahrung und Körper des Kindes 259.
Koeppe, H., Wirkungsweise von Ultraviollet auf Blutkörperchen, auf Nahrung und im Körper des Kindes 517.
Kogan-Jasny, V. M., Silicosis universalis 813.
Kogoj, F., Gonorrhoetherapie 204.
Kolopp, Lichen planus, Behandlung 210.
Konrad, E. s. Hoffmann 132.
Kollar, J., Vakzineenzephalitis 355.
Kolle, Spirochäten und sterilisierende Kraft des Salvarsans 740.
— W., Bauer, H. u. Leupold, F., Strontiuran und Salvarsan 421.
— — u. Laubenheimer, K., Rückgang der Syphilis 563.
— — u. Leupold, F., Salvarsanpräparate, Staatliche Prüfung der 858.
Kolmer, J. A., Chemotherapie der Gingivitis 848.
— — — Infektion und Immunität der Lues congenita 863.
— — — Wilkes-Weiss, D. u. Richter, U. C. E., Immunologische Stämme der Pallida? 756.
Komaya, G., Schrammsches Phänomen 29.
Konczvald, T., Triphal bei Psoriasis 313.
Koose, W., Harte Röntgenstrahlen 690.
Kopp, M. s. Arnold, K.
— R., Gonokokken und Influenzabazillen bei Pyelitis 456.
Korács, E., Meinicke, Mikroreaktion 131.
Koranyi, A. s. Hajos, K.
Kordon, J., Inoperable Karzinome 350.
Kornitzer, E. u. Lieben, A., Hoden und Prostata 808.
Koshewnikow, Epididymitis gon. 683.
Kossovitch, N. s. Dnjarric de la Rivière.
Koster, H., Essentielle Purpura 841.
Kôzuma, T. s. Baba, T.
Krainer, H., Episkleritis 313.
Krakowska, S. s. Karwacki, L.
Kramár, E. u. Francziszezi, D., Scharlach 113.
Kramer, C., Ektebinreaktion 356.
Krantz, W., Salvarsan mit Immunserum 761.
Kraus, R., Postvakzinale Enzephalitis 752.
— — Tuberkuloseschutzimpfung 562.
— W. M. s. Hyslop, G. H.
Krauspe, C. u. Schmechel, A., Syphilis der Leiche und Serodiagnose 130.
Krechel, J., Targesin 427.
Kreibich, C., Epitheliome 714.
— — Neurodermitis 714.
— — Xanthom, zosteriformes 626.
Kren, Lichen nitidus 340, 341.
— Pagets disease 830.

Digitized by Google

Kren, Zur Diagnose 829.
— 176, 830, 831, 832.
Kristic, D., Pemphigus foliaceus vegetans 411.
Kritch s. Rosen.
Kritschewsky, L. W., Salvarsan und Spirochäten 740.
— Salvarsanfestigkeit bei Rekurrens 683.
— u. Sinelnikow, Ulcus molle 379.
Krikorian, Schankerbehandlung mit Nicolleschem Vakzin 156.
Krizmann u. Levinson, Geschlechterwachen Obdachloser 382.
Krömeke, F., Röntgenstrahlen und rote Blutkörperchen 39.
Kroetz, Ch., Strahlenwirkungen 690.
Kroll, N., Cutis laxa 806.
Kromayer, Histogenese des Krebsstroma 84.
Kromme, L. de s. Watermann, N.
Kron, E., Argentumpräparate 427.
— J., Gonorrhoebehandlung 160.
Kroó, H., Spirochäten bei Rekurrens 127.
Krulle, Seroreaktion und Behandlung 386.
*Krupnikoff, D., Boecksches Sarkoid 165.
— s. Pospelow, W.
Krynski, A. s. Neumark, S.
Kubig, G., Urethra, doppelte 477.
Kuhn, F., Hämorrhagie als Heilmittel 256.
Kumer, Epidermophytie 340.
— Lupus miliaris disseminatus 835.
— Lupuskarzinom 179.
— Sklerodermie 835.
— Zoster generalisatus 835.
— L., Filterapparat für Radiumtuben 43.
— — Pilzerkrankungen 351.
Kunike, G., Möglichkeit der Fliegenübertragung bei Maul- und Klauenseuche 848.
Kupffer, A., Krysolgan bei Lepra 753.
Kuroda, Arsenausscheidung und Galle 813.
— T., Vakzineimmunität 657.
— — s. Sato, K.
Kusnezow, W., Dermographismus 253.
Kutznetzoff, W., Syphilis und Fieber 861.
Kyrle, J., Histobiologie 660.

Lacapère, G., Ehe und Syphilis 638.
Lacassagne, A. u. Grigouroff, G., Röntgenstrahlenwirkung 815.
— J., Drüsen bei Gebärmutterhalserkrankungen 746.
— — s. Carle, M.
— — s. Thibierge, G.
— s. Nicolas.
Lacroix, A., Cholesterinämie bei Psoriasis 216.
— s. Raynaud.
Laignel s. Letulle.
Laennec, T. u. Delarue, J., Sklerodermien 721.
Lafourcade, J., Purpura haemorrhagica 520.
Lakschewitz, K., Sensibilisierung für U.-V.-Strahlen 259.
Lamache, A. s. Targlowa, R.
Lambert s. Milian.
Lancha Fal, R., Eigenblutbehandlung 304.
Landa, Soziale Bedeutung der Gonorrhoe 382.
Landeiro, F., Blutsenkungsgeschwindigkeit und Lepra 559.
Landesmann, A. u. Worowitzky, J., Salvarsaninfiltrate 154.
Lane, C. W. s. Weiß, R. S.
Lang, M., Atrophisierende follikulare Keratosen 716.
— — u. Dér, O., Arzneiidiosynkrasien und Übertragung 481.
Lange, F., Blutkapillaren bei Hypertonie 253.
— H., Jodisan bei syph. Gelenkerkrankungen 153.
— J. s. Johnel, F.
Langer, Aortitis luetica 122.
— E., Arthritis gonorrhoica 779.
— — Gummata an Stelle von Bi-Injektionen 778.
— — Röntgenulzera 180.
— — Röntgenuntersuchung und Erkrankung d. Urethra 594.
— — Therapieresistente Lues III 779.
— 518.
— s. Buschke.
— H., Tuberkuloseschutzimpfung 754.
Langworthy, V. s. Gilbert, R.
Lannion s. Aurégan.
Lanzenberg, B. s. Roederer, J.
— P., Jodintoleranz 213.
— s. Pautrier.
Laquière, M., Niere und Appendix 245.
— — Rechte Niere und Appendix 343.
— — u. Bouchard, R., Cowperitis calculosa 31.
— — — — — Prostatasarkom beim Kind 344.
Laroche, G. s. Guillain, G.
Laskownicki, St., Epidurale Anästesie 552.
Lass, Geschlechtskrankheiten unter Gefangenen 683.
— Reinfektio 564.
Latzel, R., Tumoren nach Eryth. multif. und Septikämien 254.
— — u. Stejskal, K., Fetteinreibung und Organismus 255.

Digitized by Google

Laubenheimer, K. s. Kolle, W.
Lauda, E. u. Rezek, Ph., Herpes simplex 520.
— — u. Stöhr, D., Varizellöser Zoster 288.
Laufer, O., Mögliche Schädigungen durch Proteinkörper 34.
Launoy, L. u. Nicolle, P., Salvarsan bei der Maus 153.
Laurentier, Ch., Syphilis und Fieber 472.
— C. u. Vieux, Psoriasis verrucosa 215.
Lavergne, de u. Michon, P., Botryomykom 745.
Lawrence, J. S., WR 209.
Lawrow, A., Bad Mazesta 553.
— — Lues am Asowschen Meer 554.
Lazarovits, L., Enuresis nocturna 454.
Lazarus, P., Drei-Phasen-Behandlung bei Krebskrankheit 691.
— — Karzinombestrahlung mit Radium 692.
Lebedewa u. Sinjuschina, Salvarsan bei Rattenrekurrens 806.
Lebeuf, F. s. Clara, P.
Leblanc s. Sézary 591.
Lechelle, P. s. Guillain, G.
Leddy, E. T., Röntgendosen zum Erythem 840.
Ledermann, Demonstrationen 27.
— K. G. s. Martenstein, H.
Legendre, J., Schutzpockenimpfung 355.
Legrain s. Lortat-Jakob.
— u. Barthe, R., Gewerbedermatitis 471.
Lehmann-Facius, H., Benzocholreaktion 568.
Lehner, E., Gewerbedermatosen 256.
— — Northovan bei Lues 810.
— — Urticaria perstans 807.
— — u. Radnai, E., Bismuto-Yatren 809.
— u. Radnai, Mesurol 810.
*— E. u. Rajka, E., Luetinreaktion 501.
Lehnhoff, Zinksulfarsenol 343.
Leibfreid, D. M., Ejakulat bei Gonorrhoe 278.
— u. Tuchschnid, Magnesium sulf. bei Störungen der Harnentleerung 805.
Leiner, C., Hautkrankheiten und Infektionen des Kindesalters 481.
— Psoriasis 175.
— C., Kinderekzeme 522.
Leipold, W., Heilmittel und Spirochäten 448.
— — Tripper und Scheidensekretreaktion 600.
Leites s. Brodsky.
Lenartowicz, J., Ikterus bei Lues 633.
Lenhartz, H. u. Gürich, H., Lebergumma bei Lues II 358.
Lenk, R., Röntgentherapeutisches Hilfsbuch 839.
Lennhoff, Differentialfärbung zwischen Typhus- und Kolibazillen 377.
— Ichthyosis hystrix 375.
— Psoriasispräparate 375.
— 376.
— u. Kagelmann, Sporotrichosedarstellung durch Jod 377.
Lenormand, Tertiäre syphilit. Septikämie 748.
Lenormant, Ch. u. Ravaut, P., Artifizielle Tumoren 307.
Lenzmann, R., Malariabehandlung chrón. Gonorrhoe 159.
Lemay, P. u. Fermé, G., Muthanol 514.
Leonard-New Brunswick s. Anderson.
Leupold s. Kolle.
Leven, L., Eineiigkeitsdiagnose bei Zwillingen 665.
— — s. Meirowsky.
Léri, A., Traumatische Syphilis 213.
— — u. Cottenot, P., Lues hereditaria und tarda nach Röntgendiagnostik 125.
*Leszczynski, R. v., Poikilodermia 321.
Lesser, F., Gonorrhoe eines paraurethralen Ganges und Luesinfektion 507.
— — Syphilis, Biologie 128.
— — 509, 780.
Lesure, A. s. Loeper.
Letulle, M., Laignel-Lavastine u. Heitz, J., Aortenatrophie und Lues 121.
Leucutia, T. s. Evans, Wm. A.
Leupold, F. s. Kolle, W.
Leutenegger, C. s. Parmenter, F. J.
Leuwen, St. van u. Kremer, W., Schimmelpilzallergene 811.
Levaditi, C., Syphilistherapie 239.
— — Alberca-Lorente u. Galloway, J., Aphthöse Eiterbläschen bei Meerschweinchen 74.
— — Nicolau, S. u. Galloway, J. A., Affinitäten für aphthöses Virus 724.
— — u. Dimancesco, O., Tellurwirkungsweise 155.
— — u. Nicolau, S., Tellur bei Syphilis 423, 571.
Lévai, M., Rachitisbehandlung 35.
Levent, R., Varizenbehandlung 693.
— — s. Natr. salicyl.-Injektionen 482.
Levinson s. Krizmann.
Lévy, Syphilis-Reinfektion 597.
— A. u. Barthélemy, R., Wismuthydroxyd 472.
— G., Cancer en cuirasse 210.
— — Erythema multiforme 212.
— — Kalkkonkremente der Hände 212.
— — Phlebitis luet. 210.

Digitized by Google

Lévy, G. u. Sloimocici, A., Interdigitale Affektion, von mykotischem Aussehen 597.
— — s. Pautrier, L. M.
— — u. Sloimovici, A., Trichophytie der Gesäßhälfte 596.
— H. B. L., Sarkom und Trauma 724.
— L., Strikturen 184.
Lévy-Bing u. Barthélemy, Wismutschädigungen 343.
Lévy-Franckel, A., Antistreptobazillenvakzin bei Ulcus molle 425.
— u. Bretillon, Glykämie bei Dermatosen 314.
— Ducourtioux u. Brêtillon, Insulin bei Glykämikern [Dermatosen oder Neurolues] 215.
Lewenko, Mikrosporie 683.
Lewidow, S., Henna bei Dermatosen 446.
Lewin, J., Brustwarzenprimäraffekte 445.
— — Dermatitis Wilson 313.
— — Haut-Röntgenschäden 520.
— — Jodkaliinjektionen 553.
Lewina, Asthma bronchiale 380.
Lewinsky, H., Transargan 427.
Lewis, Ch. H., Pyelitis 345.
— E., Pellagra 79.
Liberopulo, E., Lungentuberkulose und Syphilisbehandlung 359.
Lichtwitz s. Sézary 591.
Lieben, A., Keimdrüsenfunktion 185.
Liebenstein, A. v., Röntgenganzbestrahlung 518.
Liebersohn, J. G. u. Schimanko, J. J., Pirquetreaktion und Röntgen 518.
Lieberthal, D., Keratom 472.
Liebesny, P., Hypophyse und Keimdrüsen 664.
Liebner, E., Hämorrhagien nach Salvarsan 422.
— — u. Fenyö, J., Diphasol bei Syphilis 809.
— — s. Sellei, J.
Liechti, A., Über röntgenbestrahltes Gewebe 260.
Liefschütz, J., Paralysebehandlung mit Lipoiden 156.
Likhatscheff, A. A. u. Nikolaeff, M. P., Testikularflüssigkeit 183.
Lilienthal, L. u. Lange, H., Tabes, kindliche 124.
Lindlau, WR bei internen Erkrankungen 386.
Lindsay, H. C. L., Quarzlampenbehandlung 279.
Linser, Berloque-Krankheit 376.
— Lichtempfindlichkeit bei Psoriasis 376.
— Psoriasis nach Röntgenbestrahlung und Sonnenlicht 375.
— Chron. Rotz 376.
Lipp, Elephantiasis penis et scroti 341.
Lipschütz, B., Herpes- und Zosterkörperchen 74.
— — Pemphigus vulgaris 718.
— — Zoster und Varizellen 521.
Lisle Punch, A. u. Wilkinson, R., Ultraviolettbestrahlung 517.
Little, E. G., Lepra nodularis 560.
Littmann, S. s. Kline, B. S.
Llambias, J., Morbus Recklinghausen 527.
Lobmayer, G., Hydronephrotische Niere 808.
Lochbrunner, H., Magnocid 254.
Loeb, M., Blutzucker bei Dermatosen 713.
Löhe, Lupus eryth. und papulonekrot. Tuberkulid 27.
— Lymphadenitis gummosa inguinalis 149.
— Zungenprimäraffekt 149.
— 444.
Loele, W., Intrazelluläre oxydierende Substanzen 247.
Loeper, M., Schwefelgehalt im Blut 248.
— Garcin, B. u. Lesure, A., Leberfunktion und Schwefel 665.
Löwenfeld, W., Ulcus varicosum 287.
Loewenstein, L., Epitheliome 556.
Löwenstein, K., Paralyse- und Tabestherapie 156.
Loewenthal, W., Herpesätiologie 74, 694.
Lombardo, Myzetennachweis 309.
Lomholt, S., Atrophia cutis maculosa 451.
— — Konzentriertes Kohlenbogenlicht 516.
— — Lupus erythematosus coniunctivae 450.
— — Lupuskarzinom 450, 451.
— — Lupus vulgaris 451.
— — — — disseminat. 452.
— — Lymphosarkom 452.
— — Pityriasis rubra pilaris 452.
— — Prurigo nodularis 452.
— — Syphilid 450.
Long, V. M., Kongenitale Syphilis 279.
Lorenz, Gyneclorina 790.
Lortat-Jacob, L. u. Bidault, C., Chinosol bei Epidermophytien 590, 750.
— u. Bourgeois, P., Mykosis fungoides 214.
— u. Legrain, Lupus erythematosus bei kongenitaler Lues 591.
— — — Mycosis fungoides 470.
— — — Poikilodermia atrophicans 214.
— u. Morlaas, Lepra 214.
— u. Sicard, R., Lichen planus acutus 592.
Lotte, F. s. Gougerot, H.
— s. Louste.

Digitized by Google

Loubriat, Kalkulöse Anurie 246.
Louste, Xanthom 844.
— Ducourtioux, Lotte u. Cailliau, Adenoma sebaceum 470.
— — u. Lotte, Naevi pigmentosi 470.
— Cailliau, Ducourtioux u. Lotte, Osteosarkom 471.
— Ducourtioux u. Lotte, Purpura 470.
— — — — Ulcus molle d. Gebärmutterhalses 591.
— Cailliau, Ducourtioux u. Lotte, Xeroderma pigmentosum tardif 746.
— Ducourtioux u. Lotte, Drüsenentzündung bei Gebärmutterhalserkrankung 746.
— Thibaut u. Tisserand, Ikterus und Schanker 215.
Low, G. C. u. Cooke, W. E., Kala-Azar 525.
Loweiko s. Berson.
Lucic, L. H. s. Gifford, S. R.
Lucke, Uvalysat 639.
— Kupferhaltige Salbe 483.
Lucksch, F. u. Ringelhan, J., Teratome 81.
Lüdecke, W., Pathologie der Jeanne d'Arc 477.
Lüdin, M. s. Gigon, A.
Lülsdorf, F., Staphylokokkenerysipel 524.
Lüttge, W. u. Mertz, W. v., AER 839.
Lukacs, J. v., Proteinkörpertherapie und vegetatives Nervensystem 33.
Lulay, M., Jchtoxylbehandlung der Verbrennungen 204.
Lunin, N., Scharlachserum 751.
Luridana, P., Hämatol. Studien zur Lepra 71.
— — u. Pais, L., Trockenkomplement 308.
Lutz, K., Eigeneiterbehandlung 313.
— W., Abortivbehandlung der Gonorrhoe 638.

Mac Caw, Zoster mit 14 Monaten 695.
Mac Cormac, Hysterische Selbstverletzungen 30.
— H., Lupus mit Epitheliom 686.
Mac Crae, Th. u. Caven, W. R., Lebersyphilis 564.
Mac Gregor, J. A. s. Myers, C. N.
Mackintosh, M., Diathermie bei Gonorrhoe 343.
Mac Ilhenny, Orthopädisches bei Lepra 753.
Mac Kee, G. M. u. Eller, J. J., Hauttoleranz für Röntgen 519.
— — — — — — — Veränderung der Hautempfindlichkeit für Röntgen 692.
Mac Kim, G. F. u. Smith, P. G., Ständer bei der Zystoskopie 551.
Mac Lachlan s. Falconer, A. W.
Mac Leod, Röntgenbeobachtungen bei Trichophytie 417.
— J. M. H. u. Wigley, J. E. M., Epitheliom auf Sklerodermie 686.
— — — — — — — — — — Parapsoriasis 686.
— — — — — — — — — — Sklerodermie mit Epitheliom, mikrosk. Schnitte 741.
Mac Lester, J. S., Dermatomyositis 844.
Machedo, Leprabehandlung mit Carpotroche 859.
Macomber, D., Pyelitis und Aborte 686.
Maggiulli, G., Urethritisbehandlung 69.
Maginel, L. s. Dubreuilh, W.
Magnus, G., Ulcus cruris und Unfall 73.
Mahnert, A. s. Kiene, E.
Maier, H., Blasengeschwülste 550.
Maloney, E. R., Aknitis 838.
Mamissoff, Reinfectio 381.
Mangabeira, Fusospirochätosen und Bi. 660.
Manninger, W., Madurafuß 112.
Mansfeld, O., Weibliche Gonorrhoe 426.
Mansion s. Gougerot.
Manteufel, P., Richter, A. u. Worms, W., Quéry-Serum 756.
— — u. Richter, A., Superinfektion bei Kaninchen 385.
— — u. Worms, W., Syphilisforschung, experimentelle 864.
Mantoux, Ch. u. Paraf, J., Tuberkulinreaktionen 356.
Mapes, Ch. C., Reinfektion 345.
Marcel, E., Syphilis d. Hodens 123.
Marchionini, A., Zystitis-, Pyelitisbehandlung 550.
— — s. Thurzo, E. v.
Marek, J. s. Schulmann, E.
Marcus, H., Kaltkaustik bei Varizen 287.
Marcuse, J., Pankreas-Dispertsalbe bei Furunkel 718.
Marcyaniak, T., Kodama-Reaktion 632.
Margeridon, P., Juxtaartikuläre Knoten 524.
Mariel, G. s. Cochez, L.
Marion, G., Prostatektomie 344.
Markley, A. S., Funkenstrecke und Röntgendosierung 474.
Markus, Salvarsandermatitiden 570.
Margueridon, P., Syphilisbekämpfung in Afrika 358.
Martenstein, H. u. Granzow-Irrgang, D., Lupus eryth. und Luetin 414.
— — u. Ledermann, K. G., Experimentelles zur Doppelinfektionsfrage bei Tuberkulose und Trichophytie 792.

Digitized by Google

Martin, H., Salvarsaninjektionen, provokatorische und Wassermannsche Reaktion 622.
— A. R. s. Brown, M.
— s. Gougerot.
Martineau, Wismutzoster 471.
— s. Pinard, M.
*Martini, E., Malariabehandlung der Frühsyphilis 645.
Maschkilleisson, Sklerodermie und -daktylie 446.
Masia, A., Harnröhrenstriktur 70.
Massia s. Gaté.
Masson, P. u. Diss, A., Dermatitis chron. atrophicans 597.
— — u. Gunsett, A., Leukämische Tumoren 210.
— — — — — Leiomyosarkom 211.
Mathias, E., Interrenalismus 79.
Matamoros, P. J. s. Montpellier, J.
Matthias 509.
Matsumoto, S., Framboesie und Syphilis 513.
— — Salvarsan und Seroreaktionen 511.
Mattick, W. L. s. Stenström, W.
*Matussis, J. A. u. Stark, A. M., Erythroderma chronica universalis 641.
Maul, Induratio penis plastica 375.
— Lepra tubero-maculo-anaesthet. 375.
Maximčeva, L., Übertragung des Pemphigus vulgaris 203.
Mayeda, T., Geschwüre nach Appendektomie 312.
Mayeda-Keio, T., Geschwürsbildung nach Appendektomie 658.
Mayer, E. G., Karzinomtherapie 283.
— — Röntgen und Dextroseinjektionen bei Karzinom 40.
— M., Kala-Azar beim Hamster 77.
— R. L., Lichtschutz durch Tannin und ähnl. 37.
— — Wirkungsmechanismus des Salvarsans 420.
Mayr, J. K., Gonokokken und Glykogen 158.
— — — Jodausscheidung 206.
— — — WR bei Malaria 567.
*Meckel, M., Erosive Blastomykosen 818.
Medina, B. de, Keratosis follicularis 304.
— — — u. Calvin, N., Hautatrophien 837.
Meincke, Reinfectio luetica? 450.
Meineri, P. A., Luetisches Endokrinid 309.
— — — Mentagra des Plinius 71.
Meinicke, E., Leichenserodiagnose 387.
Meirowsky, E., Zwillinge und Muttermäler 249.
— u. Leven, L., Naevusformen 845.
Meisen, V., Varizenbehandlung 287.
Meißl, Th., Fissura ani 790.
Melczer, Bindegewebstumoren, Experimentelle Erzeugung von 627.
— M., Creeping disease 353.
— — Phenolasegehalt des Blutserums 80.
— N., Biochemie der Hauttuberkulose 206.
*— — Blutphenolasen bei Dermatosen 317.
— — Hauttuberkulose, Biochemie der 627.
— — Fermente der Haut 447.
*— — u. Dahmen, O., Neosalvarsan und Bildung der Immunkörper 581.
Meldrum, W. J., Herpes und Varizellen 74.
Melly, B. s. Borza, J. v.
Memmesheimer, A. M. u. Wieler, J. Endothelsymptom b. Salvarsanbehandlung 447.
— — — Physikal. Chemie und Dermatologie 811.
— M., Froschhaut, Versuche 627.
Mende, J., Leukismus 315.
Mendelson, R. W., Hautkrankheiten in Bangkok 839.
Mendlowitz, MTR, modifiziert von Unterstein 387.
Mercier, O. u. Pérard, J., Hämaturie und Pyelonephritis 344.
Merenlender, J., Cutis vertic. gyrata 412.
Mériels s. Chatellier.
Merrill, A. L., Harnkrankheiten und Röntgendiagnose 595.
Mertz, W. v. s. Lüttge, W.
*Merz, H., Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 24.
Měska-Košice, A., Automaten zur Prophylaxe 204.
Metz, G. P. u. Myers, C. N., Salvarsandermatitis 784.
Meyer, H., Dornostrahlen 689.
— — Experimentelle Lichtwirkungen 37.
— J. u. Gallerand, Pruritusbehandlung 589.
— — u. Jardet, A., Kupfersulfatlösung 748.
— — s. Pinard, M.
— P., Unfälle bei Quarzlampenbestrahlung 43.
Meyerson, A. u. Jorshis, M., Neurosyphilis, Stadien der 635.
Mez, C. u. Ziegenspeck, H., Serodiagnostik 419.
Mezö, A. v., Aspermatismus 455.
Mezey, K., Kosmetik 841.
Mgebrow, M. u. Oretschkin, E., Chininüberempfindlichkeit 739.
— — G., Faingold, L. J. u. Feldmann, J. P., Neurodermitis hypertrophicans 740.

Digitized by Google

Michaud s. Ramel.
Michaux, J. s. Fouquet, Ch.
Michelson, H. E. u. Ikeda, K., Mikroskopische Befunde bei Variola 784.
Michon, P., Warzenkräuter 744.
— — s. de Lavergue.
— — Pseudoschanker durch Chromsäure 744.
— — s. Simon, P.
Mierzecki, H., Poikilodermia atrophicans Jacobi 716.
Milian, G., Gonokokkenabszeß 214.
— — Hyperkeratosis generalisata 279.
— — Infektiöse Urtikaria 841.
— — Luetische Onychie 449.
— — Ödeme nach Salvarsan und Wismut 591.
— — Pagetsche Krankheit 471.
— — Pyodermia vegetans 590.
— — Salvarsanexanthem 213.
— — Stomatitis mercurialis 471.
— — Syphilitische Superinfektion 280.
— — Traumatische Syphilis 280.
— — Vitiligo der Schleimhäute 591.
— — u. Lenormand, Phagedänischer Schanker 748.
— u. Lambert, Pseudo-Xanthoma elasticum 213.
— u. Kitchevatz, Pyodermie 590.
— u. Périn, Fibromyom auf Lupus 469.
— — — Fibrosarkom 470.
— — — Tinea asbestina 591.
— u. Wahl, Quecksilberzyanür und nitritoide Krise 590.
Mierzicki, H., Stovarsolfrage 422.
Miescher, G., Strahlenresistenz der Melanome 40.
Milkovitch, G., Anaphylaktischer Chok 252.
Mill, A. B. s. Kline, B. S.
Milligan, W., Zungenkarzinom, Behandlung 556.
Minami, S., Ekzemtherapie 29.
— — Salvarsanschäden 658.
— — u. Ehara, J., Herpesvirus 714.
Minerwin, S. u. Schmerling, A., Testikuläres Pockengewebe 354.
Minowada, M., Mikrosporie Erwachsener 511.
Miravent, J. M., Negroni, P. u. Sordelli, A., Gonokokkenkultur 425.
— — — Quiroga, R. u. Negroni, P., Serologische Gonokokkenklassifizierung 425.
— — — — — u. Sosa, H., Streptobazillus 424.
Mironesco, Th. u. Farcasch, G., Proteinwirkung 34.
Miskjian, H. G., Schankröse Bubonen 425.
Mitchell, J. H., Schwach positive WR 386.
Model u. Gogower, Blutveränderungen bei Neurolues 755.
Moeller, A., Aktive Immunisierung gegen Tuberkulose 753.
— — Tuberkulose und Immunisierung 119.
Moench, G. L., Strikturen 344.
Mollaret, P. s. Fournier, L.
Möllendorf, W. v., Zellenbildung in Gefäßwänden und Bindegewebe 663.
Monacelli, M., Ulcus vulvae acutum 785.
Moncorps, C., Epithelan 312.
Montague, J. F., Rektumsyphilis 209.
Montgomery, D. W. u. Culver, G. D., Heftpflasterdermatitis 258.
Montpellier, J., Exotische Syphilis 343.
— — Syphilisschanker, verspäteter 592.
— — u. Matamoros, P. J., Trichophytie pubo-cruralis 749.
Moore, A. C. s. Gilbert, R.
Morawitz, P., Purpura fulminans 693.
Mornet, J. s. Babonneix, L.
Moritsch, P. s. Hoche, O.
Moritz, F., Gefäßerkrankungen, spezifische 121.
Morlaas s. Lortat-Jakob.
Moro, Allergie und Parallergie 561.
Morosow, M. A., Paschensche Körperchen und ihre Färbung 480.
Morris, R. M. s. Newham, H. B.
Morissey, J. H., Prostataerkrankung und Arthritis 789.
Mosbacher 509.
Moses, H. M., Syphilis im Krankenhaus 635.
— J., Uneheliche Mütter 188.
Moskwin, Syphilis und Lebensweise 479.
Mount, L. B., Urticaria pigmentosa 474.
Mouriquand, G., Epilation und experimentelle Ernährungsstörung 88.
Mras, F., Liquordiagnostik bei Lues 132.
Much, H., Werk und Wirkung 345.
Mühsam, R., Anomalien des Sexuallebens 477.
Münster, L., Lungentuberkulose mit Streptotrichose kombiniert 112.
Mühlhoff, P., Targesin 764.
Müller, A., Röntgen bei Neuralgien 282.
— E. F., Arsenschädigung 257.
— — — Akute Erytheme 811.
— O., Kapillarpathologie 667.
— R. s. Brandt, R.
— W., Schweißdrüsenabszesse, Behandlung der 858.
Müllern, U., Endolumbalbehandlung 241.
Mühlpfordt, H., Chok nach Salluen 761.
*— — Kondylome, Warzen und Keloidbildung 463.
Mumford, B. P., Urticaria factitia 280.

Digitized by Google

*Munck, J., Wismutvergiftung 367.
Mulzer, Pseudopelade Broq 25.
— P., Zur Malariabehandlung 424.
— — Serumbehandlung der Lues 424.
— — Syphilis in der Praxis 515.
— — — und weiße Blutzellen 128.
— — — — Tierexperiment 127.
Muskatblüt, E. u. Tschernogubow, N., Rezidive nach Röntgen bei Pilzerkrankungen 711.
Muttermilch, S., Trübungsreaktionen 131.
Myers, C. N. u. MacGregor, J. A., Salvarsanreaktivierung 637.
— — — s. Metz, G. P.

Naegeli, O., Arzneiexantheme 689.
— — Doramadbehandlung 692.
— — Tuberkulide bei Sanokrysin 357.
Nagell, H. s. Felke.
Nägelsbach, E., Leprabehandlung 561.
Nagelschmidt, F., Licht und biologische Wirkung 484.
Nagy, G., Reizkörpertherapie 34.
Naidu, S. R., Kalisilberjodid bei Gonorrhoe 764.
Nakashima, Y., Biologische Strahlenwirkung 281.
Nander, Dermatitis artificialis 453.
— Artifizielle Dermatitiden im Nacken 453.
— Lupus follicul. dissemin. 453.
Nanta, A., Leukoplakie 307.
Nardelli, L., Fox-Fordycesche Erkrankung 306.
— — s. Pende, N.
Narducci, F., Mongolenflecke 306.
Nasta, Tuberkulose, experimentelle 860.
Nathan, E., Luesreagine im Fruchtwasser 758.
Nather, K. u. Schnitzler, H., Experimentelles zum Teerkarzinom 83.
— — — — — Krebsmetastasen 349.
— — Mäusekrebs 349.
Neal, J. B. s. Hyslop, G. H.
Nedumow, Flockungsreaktionen 622.
Negroni, P. s. Miravent, J. M.
Nemenow, M. Y., Röntgen bei Pilzerkrankungen des Kopfes 985.
Nestler, A., Primeldermatitis 689.
Neuburger, J., Salvarsanschädigungen 422.
Neugebauer, F., Filtersicherungsschloß 841.
— Kalium-perm.-Verätzung 177.
Neumann, J. s. Babadschan.
Neumark, S. u. Krynski, A., Lichen ruber planus, Wirbelsäulenbestrahlung bei 717.
Neuwelt, L., Sterilität 789.
Newham, H. B. u. Morris, R. M., Sprue und Addisonsche Anämie 79.
Nicolas u. Gaté, Endokrine Störungen 243.
Nicolau, S., Syphilis und Rekurrensfieber 566.
— — u. Baucin, A., Krätze 112.
— — — — — Streptobazillenkultur und biologische Untersuchung 157.
Nicole, J. E., Azetanhydritreaktion 69.
Nicolle, P. s. Launoy, L.
Nieberle, K., Blastomykose beim Schwein 557.
Nielsen, L., Epithelioma penis 449.
Nienhuis, Sarkom und Granuloma fungoides 847.
Niette, U., Schimmelpilze und menschliche Haut 626.
Niijima, Y., Nierentuberkulose 685.
Nikolas, J., Lacassagne, J. u. Alcalay, N., Ulcus molle und Intradermoreaktion 472.
Nikolaeff, M. P. s. Likhatscheff, A. A.
Nobl, G., Angeborene Hautatrophie 176.
— — Atheromatosis 176.
— — Calorose bei Varizen 287.
— — Erythema nodos. syphilit. 276.
— — Granuloma annulare 340.
— — — fungoides 833.
— — Melanotisches Karzinom 340.
— — Neurofibromatosis 176.
— — Zur Diagnose 276.
— — — Varizenthrombosierung 287.
— — 178, 275, 276, 277.
— — u. Glassberg, O., Diathermie und Elektrokoagulation 668.
Noher, W., Sulfoxylsalvarsan 570.
Nojima, T. s. Osawa, Y.
Nölke, W., Milliamperemeterbeleuchtung 284.
Noltenius, F., Ohrfurunkel 76.
Nonne, Behandlung der Neurolues 153.
— M. u. Pette, H., Endolumbale Luesbehandlung 153.
Norero s. Sézary.
Noronha, C. de s. Simoes-Raposa, L.
Norström, S., Extragenitalschanker in Stockholm 1821—1920 449.
Nossen, H., Cylotropin bei Infektion der Harnwege 783.
Nothhaas, R., Reinfektion bei Kaninchen 566.
Noyes, J. H., Tuberkelbazillen im Harn 345.
Nürnberger, L., Erbanalyse bei Vaterschaftsgutachten 791.
Nyiri, W. s. Bauer, R.

O'Conor, V. J. s. Corbus, B. C.
O'Donovan, W. J., Hautkarzinom 85.
— — — Psychologischer Faktor bei Dermatitis 687.

Digitized by Google

Offenhend, Hypertrichose 381.
Ogilvie, W. H., Berufsgeschwulst 845.
Okun, N., Aufklärung durch Dispensaire 446.
Oláh, D., Doramad 284.
*Olah, D., Granuloma annulare 389.
O'Leary, P. A., Mundsyphilis 637.
— — — Goeckermann, W. H. u. Parker, St. T., Malaria bei Neurolues 245.
Olessov, J., Juxtaartikuläre Knotenbildung 659.
Olessow, Nodositas 121.
Oliver, E. L., Kalkartige Knoten 30.
— — — Pruritus ani 245.
Opacki, J., Leydigsche Zellen 662.
Oppenheim, M., Die beruflichen und gewerblichen Dermatitiden 37.
— Folliculitis sclerotisans? 178.
— Lupus erythemat. 341.
— Osteomyelitis gonorrhoica 833.
— Psoriasis vulg. familiar. 178.
— M., Skabiesschnellkur 353.
— Spirozid bei L. III 179.
— Syphilis maligna und Spirozid 276.
— Ulzerationen bei Dermatitis atrophicans 340.
— 175, 176, 177, 275, 277, 831, 832, 835, 836.
— s. Ullmann.
Oppenheimer, O., Suprapubische Prostatektomie 658.
— R., Harnorgane und Influenzabazillen 550.
— — Prostatahypertrophie und -ektomie 186.
Oretschkin, E. s. Mgebrow, M.
Orloff, P., Galyl 155.
— S., Treparsol bei Kaninchensyphilis 806.
Orlowski, P., Gonorrhoe, männliche 474.
Osawa, Y. u. Nojima, T., Sympathektomie bei Lepra 560.
Ostmann, Paralyse, Tabes und Herzsektion 124.
Ostrowsky, Bekämpfung der Prostitution 806.
Ostrowski, Lues und vegetatives System 633.
Ota, M., Champignons parasites 28.
Ottow, B., Klitorisfibrome 81.
Ouselcy-Smith u. Williamson, G., Zoster mit Varizellen 842.
Overton, S. G., Gewerbedermatitis durch Blumenzwiebeln 256.
Owtschinnikow u. Schischow, Intrakutanreaktion bei Tripper 446.

Pack, G. T. u. Beck, J. S., Gummi der Sternoklavikulargelenke 635.
Pais, L., Reinfektion 342.
— — s. Luridiana, P.
Pakheiser, Th., Gonoyatren bei chronischer Gonorrhoe 764.
*Paldrock, A., Chemie des Lepraerregers 289.
*— — Mikrochemisches vom Lepraerreger und Tuberkelbazillus 487.
*— — u. Rängel, A., Sanokrysin bei Lepra 372.
Panayotaton, A., Penicillium linguae 556.
Pandy, K., Tabes 124.
Pannewitz, G. v., Säure-Basenhaushalt und Röntgen 517.
Panton, Ehe und Syphilis 68.
Pantoppidan, B., Gonorrhoe nur im parurethralen Gang 452.
— — Monilethrix 452.
— — Pili annulati 452.
Panzel, A., Xanthomatose 526.
Paraf, J. s. Mantoux, Ch.
Parfenenkoff, Lues maligna 806.
Parkes Weber, F., Prurigo Besnier-Rasch 741.
Parmenter, F. J. u. Leutenegger, C., Harnretention bei Kindern 456.
Parrot, L. u. Donatien, A., Leishmaniose 844.
Partheil, H., Hypertrichosis secundaria 88.
Paschalow, Lues bei den Kirgisen 554.
Paschen, E., Vakzine 355.
Pasteur s. Jaurian.
Paterson, F. S. s. Hawe, A. J.
Patterson s. Smith.
Pauchly, G., Thalliumalopezie 88.
Pauli, W., Kolloidchemie und Medizin 480.
Pautrier, L.-M., Diss, A. u. Lanzenberg, Dermatose, der Mycosis fungoides ähnlich 597.
— — Lévy, G. u. Ullmo, A., Lues II ohne Laboratoriumsbefunde 212.
— — — — u. Diss, A., Wangenepitheliom von Wabenform 211.
— — u. Glasser, Leukoplakie und Kraurosis vulvae 212.
— — u. Sloimovici, Lichenoides Syphilid 212.
— — u. Diss, A., Mycosis fungoides 596.
— — — — — Hautatrophie 210.
— — u. Lanzenberg, Duhring-Brocqsche Krankheit (Übergangsform) 597.
— — u. Schmid, F., Hautkrankheiten und Glykämie 518.
— Schmid u. Ullmo, Insulin bei Ulcus cruris 210.
Pawloff, Erythema nodosum 842.
— Porokeratosis Mibelli 379.
Pawlow, A. A., Eigenblut- und Kalziumtherapie 812.
— P. A., Hyperkeratosis Kyrle 411.

Digitized by Google

Peck s. Kingsbury.
Péhu, Lues congenita 785.
Peiser, B., Aphthöse Stomatitis 87.
Pende, N. u. Nardelli, L., Krenoreaktion 254.
Per s. Braude.
— u. Ratner, Bromnatriuminjektion 381.
Perangeli, W., Polimorphes Erythem 288.
Pereira, H., Herpes und Varizellen 74.
Pereival, G. H. u. Stewart, C. P., Chronisches Erythem der Beine 743.
Perdrau, J. R., Herpeserkrankungen 598.
Pergament, D. S. s. Feldmann, A. A.
Pérard, J. s. Mercier.
Périn, L. u. Ricard, Pustula maligna 590.
— s. Milian.
Perkel, Stovarsolan 380.
Perkins, G. A., Lepra, Therapie 118.
Pernet, J., Sklerodermie und Hautverkalkung 625.
Pernet s. Sézary.
Perrot, Em., Chaulmoograpflanze 449.
Perutz, Granuloma annulare 178.
— A., Refraktäre Lues 761.
— — Terpentindermatitis 713.
— — s. Adlersberg, D.
*— Zoster und Varizellen 12, 51.
— 835, 836.
*Peter, F. M., Exanthem nach Yatren 105 615.
*— — — Zoster bei Lepra 220.
— G., Röntgenkleindosis 518.
Peterkin, G. Sh., Strikturen 685.
Peterschmidt, J. s. Diss, A.
Petersen, M., Physikalische Eigenschaften der Lichtquellen 814.
Petit, M., Syphilis in Frankreich 358.
Petragnani, G., WR mit dem Rheometer Vernes 208.
Petres, J., Pigmentanhäufung, halbseitig 315.
Petschersky, Pellidol bei Gonorrhoe 446.
— Cystitis totalis 683.
Petschnikoff, Krebsmetastasen der Haut 553.
Pette, H. s. Nonne, M.
Peynet, J., Dystrophie und Dyschromie bei Basedow 525.
Pezold, v., Atophanyl bei Eryth. exs. multif. 74.
Pfab, B. s. Hoche, O.
Pfannenstiel, W., Serodiagnostik bei Tuberkulose und Lepra 356.
Pfanner, A., WR mit geschütteltem Serum 387.
Pfeiffer, H. u. Zacherl, H., Brunft und Parabiose der Ratte 184.
Pfeiler, W., Maul- und Klauenseuche 87.
Philip, R., Sanokrysin bei Tuberkulose 754.
Philipp, E., Experimentelles zur Lues der Neugeborenen 566.
Piccardi, G., Neoargirolo 308.
— Gi., Superinfektion 309.
Piccini, P., Hautkrankheiten und Hydrologie 70.
Pichler, K., Wangenschleimhaut des Tabakkauers 724.
Pick, E., Erythrodermia leucaemica 627.
— F., Syphilis 359.
Pickerill, H. P., Maligne Reiztumoren 350.
Picrangeli, W., Arsenobenzol intramuskulär 421.
Pierson, E. s. Cornil, L.
Pils, Pflastersteinnaevus 835.
— Pityriasis lichenoides 275.
Pinard, M., Meyer, J. u. Martineau, Parapsoriasis bei einem Syphilitiker 747.
Pineda, E. V. u. Roxas-Pineda, E., Lepra, Serologie 117.
Pinedia, E. V., Lepra als Todesursache 116.
Pinkus 376, 780.
— Nagelbett und Nagel 444.
— F., Ekzem, Primelverbot 75.
— — u. Kleeberg, L., Pigmenterkrankungen 80.
Planner, Framboesiformes, salvarsanrefrakt. Syphilid 178.
— Hämatogene Entstehung sklerosiformer Papeln 833.
— Lues II 835.
— Salvarsanrefraktäre maligne Lues 833.
Platowsky, Prophylaxe durch Fürsorge 446.
Plaut, F., Paralysestudien 383.
— — Spirochäteninfektion und Nervensystem 123.
Plehn, Malaria bei Tabes und Paralyse 572.
Ploeger, A., Hämorrhoiden 790.
Pock-Steen, P. H. u. Tuxen, C. E., Pankreashormon bei Tuberkulose und Lepra 753.
Podlasky, H. B. u. Elconin, D. V., Prostatasteine 595.
Pogány, M., Necaron 427.
Pohl, R., Hyperhidrosis gravidarum 285.
Pokley, H. J., Blasendivertikel 685.
Pokorná, M., Gold bei Hauttuberkulose 205.
*Poll, H., Erbkunde der Haut 850.
— — s. Dohrn, M.
Pollak, E., Salvarsanschäden des Nervensystems 154.
Polland, R., Chlorsaures Kali in Pastenform 351.

Digitized by Google

Polland, R., Pityriasis versic. und Hautpigment 206.
Pollazzi, P. de, Behandlung der Harnretention ohne Katheter 455.
Pollok, R., Injektionen bei tuberkulösen Krankheitsherden 754.
Pontoppidan, H., Vitiligo, M. Basedowii und Morphoea 452.
*Poór, F., Tuberkulose und Syphilis 361.
Popoff, G., Vakzine bei Gonorrhoe 554.
Popowa, N. s. Grünstein, A.
Popowa-Blum, A. u. Bogdanow, S., Bijochinol 379.
— u. Schamschin, Hautkarzinomatosis 553.
*Porosz, A., Heilung des Rhinophyma 776.
— M., Nitrogensäure bei Gonorrhoe 550.
— — Ovaralgia 279.
Porter, A., Ichthyosis und Schilddrüse 417.
Portmann, A., Sensibilisierte Syphilisreaktionen und Klinik 451.
— K., Erythrodermia universalis familiaris 450.
Porudominsky, J. M. s. Saigrajeff, M. A.
Posner, C., Lues der Harn- und Geschlechtsorgane 564.
Pospelow, W. u. Krupnikow, Pityriasis rubra 553.
Potter, Fr. de s. Urbain, A.
Praetorius, G., Harnsteine 659.
Pranter, Atheromatosis scroti 177.
Priesel, A. u. Winkelbauer, A., Lymphogranulom 563.
Prieto, J. G., Ulcus molle 304.
— — — s. Diss, A.
Prigge, R., Syphilis, experimentelle und Menschensyphilis 127.
Procházka, K., Ichtoxyl 204.
— — WR, unspezifische bei Bubonen 592.
Prokoptschuk, Psoriasis vulg. palm., plant. et ungium 446.
Propping, K., Blasendivertikel 550.
Prunell, A., Serumflockungsmethode 567.
Prytek, Penisepitheliom 506.
Pugh, W. S., Strikturen der weiblichen Harnröhre 477.
Puhr, L., Multiplizität der Geschwülste 85.
— — Teerveränderungen des Rattenmagens 35.
Pulay, E., Transmineralisation 315.
Pulvermacher, D., Atresie und Umlagerung im Urogenitalgebiet 183.
— 27, 148, 149, 180, 781.
Punch, A. s. Lisle Punch.
Putte, P. J. van, Gonokokkenresistenz 240.
— — — — Gonorrhoebehandlung 240.
Quénu, J. s. Gougerot, H.
Quiroga, R. s. Miravent, J. M.
Rabeau, H., 3. Derm. Kongreß d. franz. Sprachgebietes 241.
Rabinowitsch, L., Serodiagnose der Tuberkulose 753.
Rabut s. Hudelo.
Rachid, K., Erythema nodosum und Tuberkulose 120.
Radaeli, A., Psoriasis und endokrine Störungen 206.
*Radnai, E., Hauttuberkulose 457.
Rängel, A. s. Paldrock, A.
Rahm, J. u. Koose, W., Wirkungsmechanismus harter Röntgenstrahlen 38.
Rajewski, B., Komptoneffekt 283.
Rajka, E., Gonoyatren 810.
— — Skarlatiniformes Trichophytid 809.
— — s. Lehner, E.
Ramel, E., Multiple Kankroide 211.
— — Karzinome der Haut 528.
— — Sarkomatosis Kaposi 211.
— — Spinozelluläres Epitheliom 211.
— — u. Michaud, L., Sanokrysin und Hauterscheinungen 860.
Rasch, C., Lichtbehandlung des Lichen ruber 452.
— — Licht und Haut 595.
Ratera, J. u. S., Röntgenbehandlung 838.
Ratner s. Per.
Rauschkolb s. Cole.
Ravault, P. P. u. de Girardier, J., Trauma und oblit. Arteriitiden 286.
Ravaut, P. u. Bocage, Lupus erythematodes 416.
— — u. Wallich, R., Mycosis fungoides, Hautleukämide, Sklerodermie 470.
— — u. Ferrand, M., Naevo-Karzinome 748.
— — s. Lenormant, Ch.
Ravogli, A., Wismutbehandlung 345.
Raymond-Hamet s. Genty.
Raynaud, Lacroix, Goeo-Brissonnière u. Beraud, Liquorveränderungen bei Syphilis in Algerien 216.
Redding, J. M., Röntgendiagnose von Harnleiden 785.
Redenz, E., Nebenhoden und Spermien 347.
Redi, R., Penisfraktur 31.
Redlich, E., Tabes- und Paralysetherapie 156.
Reiche, A., Novasurolwirkung 423.
— F., Lues congenita und Aorteninsuffizienz 125.
Rein, H., Hautvertaubung 205.
— — Experimentelles zur Gleichstromtherapie 205.

Digitized by Google

Reiner, D., Scheidensklerose 807.
Reis, C., Hautmetamorphose der Salamander 662.
Reischauer, F., Callusgeschwülste der Harnröhre 788.
Rejsek s. Burnier.
Remlinger, P. u. Bailly, J., Herpesvirus 695.
Renier, Sklerodermie 340.
Retterer, E., Affenhodenstruktur 454.
Reuterwall, O., Pleuropulmonale luet. Veränderungen 240.
Rezek, Ph. s. Lauda, E.
Rhamy, B. W., Blastomykosis der Blase 185.
Ricard s. Périn, L.
Richter, A. s. Manteufel, P.
— L. L. s. Klauder, J. V.
— M., Tuberkulöse Hauttumoren 119.
— U. C. E. s. Kolmer, J. A.
— W., Erythrodermie ichthyosiforme 415.
*— — Lokales Myxödem und Basedow 7.
— — Tampovagan 427.
Riddell s. Gelbraith.
Riddoch, G., Syphilis und Ehe 68.
Riecke 26.
Riehl, Nachruf f. Ehrmann 275.
— 176.
— jun., Salvarsanüberempfindlichkeit, familiäre 834.
— — Passive Übertragung von Neosalvarsanüberempfindlichkeit 836.
Ries, J. v., Hautdurchlässigkeit für U.-V. 814.
Rihová, V., Tannineuderma 593.
Rille, J. H., Pellagra 302, 303.
— — — 657.
Rille, Ullmann u. Oppenheim, Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit 515.
Ringelhan, J. s. Lucksch, F.
Ritchie, J., Perkutane Tabakvergiftung 36.
Ritter, H. s. Kadisch, E.
Rjabinowsky, M., Salvarsan- und Bismutresistenz 381.
Roberts, A., Ultraviolettlicht bei Titaniumstiften 690.
— H. L., Die Chloressigsäuren 29, 30.
— R. E. s. Glynn, E.
Robinson, D. G., Erythema nodosum 520.
Robitschek, W., Strongyloides intestinalis 788.
Roch, M., Lues und Fieber 120.
— — u. Mozer, J., Spätluetische Typhose 120.
Rodriguez, N. J., Lepra und Hautsensibilität 117.
Roederer, Lymphangioma circumscriptum 596.
Roederer, J. u. Diss, A., Hidradénomes éruptifs 212.
— — u. Lanzenberg, B., Bullöse Dermatose 210.
Rolando, S., Kretininämie 30.
— — Rechte Niere, ihre Beziehungen zur Appendizitis 632.
Róna, N., Urtikariabehandlung 74.
Roeschmann, H., Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 188.
Roques, K. R. v. s. Hartmann, E.
Rosen s. Goldenberg.
— J. u. Krasnow, F., Kalziumgehalt des Luesserums 636.
Rosen, P., Kritch, N., Goulayewa, A. u. Skalkina, E., Scharlach, experimenteller 859.
Rosenbund, F. u. Meyerstein, A., Säuglingsekzem 716.
*Rosenburg, A., Seidenbougies und -katheter 777.
Rosenthal, F., Lichen ruber und Sklerodermie 151.
— — Salvarsanikterus 422.
— — 181.
— O. 25, 510.
Rosser, C., Anorektale Erkrankungen der Neger 640.
Rossianski, Lues auf dem Lande 554.
Rost, G. A., Chondrodermatitis nodularis chronica helicis 81.
Rothmann, Ph. E., Hämatoporphyrinämie 80.
— — — s. Schaffer, A. S.
— St., Menstruationsdermatosen 314.
Rottmann, H. G., Prostitution und Wismut 246.
*— — — Teerbehandlung 534.
— — — u. Franken, H., WR in der Milch 759.
Rothschild, A., Lues der Blase 564.
Roucayrol, P. E., Epididymitisbehandlung 31.
Roulet, F., Wittepepton und Hautwunden 481.
Rout, G. A., Hygiene, sexuelle in Neu-Seeland 478.
Roxburgh, A. C., Chondrodermatitis nodularis helicis 743.
— — — Herpesaffektionen und ihre pathol. Beziehungen 598.
— — — Karbolsäure bei Epheliden 686.
Roxas-Pineda, E. s. Pineda.
Rubaschow, S., Tumorbildung beim ektopischen Hoden 186.
Rubino, C. M., Lepra 753.
Rubinstein, M., Serodiagnostik 757.
Rubritius, H., Harnverhaltungen 185.
Rud, Raynaudsche Krankheit 841.
Rudder, B. de, Scharlach 558.

Digitized by Google

*Ruge, H., Sechs bemerkenswerte Fälle von Haut- und Geschlechtskr. 404.
Ruhnke, P., Acne rosacea 522.
Rukawischnikoff, E., B. fusiformis und Spir. Vincenti 251.
Runge, H., Nichtgonorrhoischer Fluor, Behandlung 456.
Ruppert, E. v. s. Kircher, A.
Russetzki, J., Dermographismus 667.
Rusch, Granuloma annulare 275.
— Lichen corneus 176.
— — verrucosus im Munde 176.
— Lupus erythemat. 176.
— Lymphangiom 275.
— Heredoluetische Narben 830.
— Zur Diagnose 830.
— 276.
Rush, J. P., Terpentin bei Epididymitis 279.

Saalfeld, E. 778.
— U., Papillomata perionychiata 28.
Sabrazès, J., Lymphogranulomatose 562.
Sachs, B., Dermaprotin 255.
— Ecchondrosen durch Boxen 176.
— Folliculitis decalvans 830.
— Lues lupoides nasi 176.
— Lupus erythematodes 830.
— Sklerodermie en bande 276.
— 277, 831.
— H. u. Klopstock, A., Die luetische Blutveränderung 757.
— O., Hautveränderungen, zirkumskripte, bindegewebige 623.
*Sack, W. Th., Psychotherapie und Hautkrankheiten 16.
Sacrepa, N. G., Chronischer Rotz 410.
Saenger, H., Gonorrhoebehandlung 159.
Sághy, F. s. Bélak, A.
Sahli, H., Unitarismus von Pocken und Varizellen 354.
*Saigrajeff, M. A. u. Porudominsky. J. M., Gonorrhoebehandlung 63.
— — — — Sokoloff, F. M., Moulagen bei Urethroskopie 658.
Sainz de Aja, E. A., Jodbehandlung 837.
— — — — — — Kadmium bei Lues 304.
— — — — — — Lues des Lymph- und Muskelsystems 838.
— — — — — — Präkanzeröse Symptome am Penis 304.
Sakanone, K., Urtikaria 658.
Sakrepa, Leishmania cutanea 719.
— Lichen ruber, Behandlung 379.
Sakurai, H., Serumreaktionen bei Lepra 29.
Salecby, E. R., Hoden von Syphilitikern 209.
Salganik s. Czerny 622.
— u. Czerny, Eczema acut. bei Syringomyelie und Röntgentherapie 622.
Saller, K., Untersuchungsschema für das menschliche Haarkleid 87.
Salmon, J., Herpes 521.
Salomon, A., Vierlappenplastik bei Lupus 356.
Salutzki s. Wein.
*Samberger, F., Idiosynkrasie der Haut 765, 797.
Samiandro, E., Endokrinopathien 309.
Samuel, M., Brustsekretion und sexuelle Erregung 187.
Samuels, A. u. Stern, H., Hydronephrose und Magen- und Darmkanal 344.
Sandek, J., Ätherspray und Haarwuchsförderung 594.
Satke, v., Tampovagan bei Fluor 790.
Sato, K. u. Kuroda, T., Revakzination 657.
Scarpa, A., Lokalreaktionen bei Kalomelinjektionen 67.
Schaffer, A. S. u. Rothmann, Ph. E., Bluttransfusion bei Erysipel 719.
Schalek, A., Dermatologie 787.
Schall, L., Hauterythemfrage 41.
— u. Alius, H. J., Ultraviolettlicht 42.
Schamberg, J. F. u. Wright, C. S., Gold- und Natriumthiosulfat bei Lupus erythematodes 783.
— — — — Brown, H., Einwirkungen auf die Enzyme des Blutes 812.
Schanischin s. Popowa Blum.
Schapira, A. s. Strominger, L.
Schatiloff, Lungensyphilis 553.
Schaumann, Tuberkulide 243.
Scheele, K., Nieren- und Harnleiterbewegungen 550.
Scheminzky, F., Kapillarmikroskopie 250.
Scherber, Dermatitis herpetiformis 830.
— Epithelwucherungen 831.
— G., Impetigo herpetiformis 79.
— Lichen planus der Palmae 177.
— Lues gummosa 177.
— G., Malaria und spezielle Behandlung bei Syphilis 762.
— Melanosarkom 277.
— Naevus systematis 177.
— Pemphigus vulgaris 830.
— Sarkom 277.
— Tuberkulid? 341.
— Verbrennung 177.
— 276, 277, 341, 830, 831.
Schirjak, Furunkulosebehandlung 843.
Schereschewsky, E., DMHo-Reaktion 758.
Schiff, E., Synergismus im autonomen Nervensystem 663.
— — u. Bayer, W., Serumrefraktion bei Erythrodermie 313.
Schiller, K., Eigenblutbehandlung 314.
Schimanko, I. J. s. Liebersohn, J. G.
*Schindler, Salvarsantodesfälle 708.
Schischow s. Owtschinnikow.
Schlagintweit, F., Traumen der hinteren Harnröhre 683.

Digitized by Google

Schmechel, A. s. Krauspe.
Schmerling, A. s. Minerwin, S.
Schmid s. Pautrier.
Schmidt, A., Nagelentzündung der Zuckerbäcker 258.
— — Phlebektasie 73.
— G., Pubertas praecox 428.
— H. R., Spindelzellensarkom der weiblichen Urethra 477.
Schmitt, W., Fluortherapie 640.
Schneider, E. s. Groedel, F. M.
— G. H., Lyssiasalbe 483.
Schniren, Therapie 382.
Schnitzler, H. s. Nather, K.
Schöne, Chr., Graue Salbe bei Entzündungen 667.
Schönfeld, Kalkeinlagerungen der Haut 25.
Schoenhof, S., Röntgenschädigungen 41.
Schönholz, L. s. Schreus, H. Th.
Scholl, A. J. u. Verbrugge, J., Blasen-, Nieren- und Prostatatumoren 552.
— — — Kohabitation und Koliinfektion 476.
Scholtz, M., Keratodermia gonorrhoica 784.
— — Syphilisbehandlung 209.
*— W., Kalkablagerungen in der Haut 440.
— — Salvarsanbehandlung und -schäden 761.
Scholz, Gehirn- und Rückenmarkpräparate bei Pellagra 656.
Schrapf, R. u. Fouquet, E., Rotlauf 77.
Schreiber s. Cole.
Schreiner, K., Verbrennung und vegetatives Nervensystem 411.
Schreus, H. Th., Nagana-Rekurrensinfektion 384, 501.
— — — Röntgenstrahlenmessung 446.
— — — u. Weisbecker, H., Salvarsan bei Mäuserekurrens 420.
— — — — Schönholz, L., Toleranzdosis in Röntgeneinheiten 519.
Schubert, M., Lues III in Kombination mit Röntgenschädigung 623.
— — Röntgenschädigungen bei Diagnostik 520.
Schück, F., Wundbehandlung 311.
Schüler, R., Röntgenbestrahlung akuter Entzündungen 39.
*Schütze, W., Kalkablagerungen in der Haut 45.
Schumacher, J., WR und Syphilistherapie 635.
Schulmann, E. u. Marek, J., Lokal provoziertes Ödem 520.
Schulten, H., Urotropin 788.
Schumacher, C., Nagana- und Lueserkrankung und Salvarsan 415.
Schur, H., Urtikaria und Cholelithiasis 719.
Schultze, W., Wirkung sichtbarer Strahlen 247.
—-Rhonhof, E. u. Bachl, E., Gonorrhoediagnose und Scheidenreaktion 763.
Schwalbe, J., Eheschließung und Gesundheitsberatung 478.
Schwarz, G., Sensibilisierung durch Senföl 283.
— — s. Hamperl, H.
Schwartz, R. P., Kohlenbogenlicht 815.
Schwarz, O., Urologische Diagnostik 182.
Schwarzschild, Sensibilisierung mit Orthoform 378.
Scomazzoni, T., Morbus Darier 305.
Scopesi, M., Honigkulturböden 70.
Scott, J. A., Oidiomykosis der Nägel 744.
— W., Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 344.
Seeliger, P., Dijozol zur Desinfektion 668.
Seemann, O., Röntgen akuter Entzündungen 840.
Sehrt, E., Lipoide und Oxydasereaktion 665.
Seide, J., Ultraviolett und Radium 690.
Seifert, E., Jodtinktur als Antihydrotikum 44.
Selisky, Creeping disease 413, 554.
Selissky, Penisödem bei Erythema multiforme 806.
Sellei, J., Bársony, T. u. Liebner, Ekzembehandlung 75.
— — u. Fenyö, J., Ephelidenvernichtung 316.
— — — — — Pigmentmälerentfernung 410.
— — — Liebner, E., Natrium bromatum intravenös 806.
— — — — — Prurigo aestivalis 410.
Selmanowitsch, Syphilis unter den Kirgisen 806.
Semon, H. C., Jodausschlag 257.
— — — Krysolgan bei Lupus erythematodes 742.
— — — Teerimprägnierung 742.
— J. W., Allergie und Asthmaerzeugung 810.
Sendrail, M., Experimentelles zum präkanzerösen Stadium 82.
Seyffardt, Fluortherapie 187.
Sequeira, J. H., Lymphoblast. Erythrodermie 741.
— — — Ulzerierendes Granulom 686.
— — — u. Brain, R. T., Sarkomentwicklung aus sogenanntem Pigmentsarkom Kaposi 418.
Serra, A., Ätiopathogenese und Lymphdrüsen bei Lepra 206.
Serrallad, Harninkontinenz 631.
Seutter, G. v., Lungentuberkulose bei Lupus vulgaris 119.
Sézary, A., Embolie nach Wismut 215.
— — Neurolues 346.
— — Salvarsan-Wismutbehandlung 570.
— Combe u. Lichtwitz, Abszesse, sporotrichotische 591.
— Lichtwitz u. Leblanc, M., Xanthome der Augenlider und Ohren 591.

Digitized by Google

Sézary, Norero u. Lichtwitz, Tuberkulide, polymorphe 589.
— Pernet u. Galbrand, Wismutzoster 471.
— A. u. Barbé, A., Liquorreaktion 124.
— u. Benoist, Lymphangioma tuberosum 747.
— — Vaudremer, Granuloma annulare 749.
Shaffer, L. W. s. Weidmann, F. D.
Shaine, M. M., Gangrän nach subkutaner Injektion 256.
Shelley, H. M., Pellagra 527.
Shimada, Antikörperschwankung 685.
— H., Traubenzucker bei Kokken, Staphylokokken und Rattenbißkrankheit der Kaninchen und Mäuse 684.
— — Kohlenhydrate, Traubenzucker und Phagozytose 684.
Shoji, G., Pityriasis versicolor 511.
— — Prazipitin und Kutireaktion 510, 511, 513, 685.
Showman, W. A. s. Weiß, R. S.
Shuman, J. W., Abdominalsyphilis 637.
Sicard, Q. s. Lortat-Jakob.
Sidlick, D. M., Wismut und WR 636.
Sieber, H., Röntgenbehandlung der Bartholinitis 182.
Siebert, C., Tiefenwirkung in der Gonorrhoetherapie 763.
*— — u. Cohn, H., Silberbehandlung der Gonorrhoe 699.
Siegl, J., Zoster und Varizellen 695.
Siemens, H. W., Beziehungen der Naevusformen 720.
— — — Eineiigkeit der Zwillinge 665.
— — — Lentigines 626.
— — — Recklinghausensche Krankheit 348.
— — — Vererbungslehre 310.
— — — Vererbungspathologie der Akne 76.
Sievers, R., Penisanomalien 428.
Sigerist, H. E., Frühgeschichte der Syphilis 357.
Silaenkoff, Luetin Busson 445.
Silberschmidt, W. s. Brunner, C.
Silva, F., Granuloma venereum 280.
Silverston, J. D., Tryparsamid bei Neurolues 423.
Simnitzky, W. S., Hodeninterstitialgewebe 454.
Simon, A., Mäusefavus 741.
— G. s. Geiger, E.
— P. u. Michon, P., Dermatologische Bilder 746.
— — — — — Symmetrische Sklerodermie 744.
— St., Röntgenschädigung 283.
Simoes-Kaposa, L. u. Noronha, C. de, Experimenteller Teerkrebs 846.
Simpson, F. E. u. Flesher, R. E., Radium bei Mundkrebs 43.
Singer, H. A. u. Kaplan, B., Erysipelstreptokokken 523.
— S., Röntgenfiltersicherung 284.
Sinjuschina s. Lebedewa.
Sinkoe, S. J., Schutzschild bei Spülungen 279.
*Sirota, L. S., Akne vulgaris 773.
— u. Rabinowitsch, Dermatosen und endokrines System 380.
Sittenfield, M. J., Krebsätiologie 721.
Skalkina s. Rosen.
Skeda s. Sweitzer.
Sklarz 780.
Skljar, Bismogenol 683.
Sladkowitsch, Tätowieren 683.
— E., Lupus erythematodes und Behandlung mit Ionthophorese 626.
Sloimovici s. Lévy.
Slutzky, L., Leishmaniosis 380.
Smelnikow s. Kritschewsky.
Smeloff, Treparsol 805.
Smelow, N. s. Kahn, A.
Smith, J., Lues des Zentralnervensystems 636.
— R. P. u. Patterson, D. W., Syphilis und Gefäßerkrankung 862.
Sobernheim, G., Herpesproblem 521.
Soeken, G., Kindliche Gonorrhoe 159.
Soetomo, R., Acanthosis nigricans 449.
Soiland, A. s. Costolow, W. E.
Sokoloff, F. M. s. Saigrajeff.
Sokolow, A. S., Exsudative Diathese Hautbehandlung 255.
Solente, G. s. Fernet, P.
Solis, F. u. Wade, H. W., Lepra bei Kindern 116.
Sollmann s. Cale.
*Solomin, S. P., Impetigo und Glomerulonephritis 433.
Soltesz, S., Argyl 426.
Soluzeff, Syphilisprophylaxe 123.
Somogyi, S., Antisyphilitika 713.
— Serumeiweiß bei Lues 447.
Sonntag, E., Röntgengeschwürsbehandlung 110.
Sordelli, A. s. Miravent, J. M.
Sosa, H. s. Miravent, J. M.
Southam, A. H., Krebs der Mulespinnarbeiter 847.
Sowade, R. Müllers Ballungsreaktion 376.
Spiethoff, Impfmalaria, ihre Kupierung durch Salvarsan und Spirozid 599.
Spillmann, L., Hyperchromie bei Lues II 745.
— — Ulcus cruris und Salvarsan 745.
— — Créhange u. Weill, Sklerodermie und -daktylie 745.
— — Watrin, J. u. Créange, A., Lichen corneus und Lichen planus 210.
— u. Créhange, Endokrine Drüsen und kongenitale Syphilis 745.

Digitized by Google

Spitzer, E., Dermatitis pustulosa 835.
— — Dörrpflaumendermatitis 175.
— Erythema multif. 340.
— E., Gewerbedermatitis 276.
— Lichen planus 340.
Spohr, Klappenbildung in der Pars prostatica 184.
Spranger, Meinicke-Mikroreaktion 387.
Springer, M., Lues congenita und Radiographie 125.
*Springmann, J., Hg-Inhalationen bei Lues 196, 233.
Sprinz, O., Zukunft des Dermatologen 247.
Stegemann, H., Hämangiome 315.
Steiger, D., Thyrosingehalt des Blutes und Pigment 80, 628.
— -Kazal, D., Sonnenlicht und Hautveränderungen 258.
Stein, Herpes tonsurans, Thalliumepilation 276.
— Leukämischer Tumor der Nase 276.
— Lichen planus oris 179.
— Morbus Recklinghausen 179.
— Pemphigus 341.
— 831.
— A. s. Walter, O.
*— L., Nekrose nach $HgCl_2$-Injektion 681.
— — Homöopathie in der Dermatologie 76.
— O., Kaliumpermangan und seine Verwendung 482.
Steiner, A., Meinicke-Mikroreaktion 387.
— G., Henning u. Steinfeld, Spirochätenuntersuchungen 127.
— M., s. Urbach, E.
Steinfeld s. Henning u. Steiner.
Steinmann, W., Paraphimosenreposition 788.
— — Perniones 520.
Stejskal, K. s. Lakel, R.
Stephan, K., Wismut 155.
Sterling, W., Histologie der luetischen Exantheme nach Wismut 633.
Stern, A., Ur-Go. 427.
— C., Salbenerfolge und Wasserstoffionenkonzentration 255.
— E., Pemphigus neonatorum gravis 523.
— K., Staphar bei Kindern 34.
— M. u. Frank, T., Seroreaktionen 758.
Sternbach, K., Behandlung der Harninfektion 186.
— — Spirozid bei Harninfektion 456.
Sternberg, Geschwulstlehre 348.
— W., Zystoskopie und Gastroskopie 550.
Steuström, W. u. Mattick, W. L., Hautreaktion bei fraktionierter Bestrahlung 41.
Stieböck, H. L., Hochfrequenztherapie 311.
Stöhr, D. s. Lauda, E.
Stokes, J. H., latente Lues 638.
— WR u. Ewing, C. L., Dunkelfelduntersuchung, Ausrüstung 635.
Stoner, W. C., Neurosyphilis und Intralumbalbehandlung 635.
Stotzer, E., Thrombosierung von Krampfadern 286.
Stransky, E., Pubertas praecox 428.
Strauß, H., Hirsutismus 428.
— — — und Virilismus 525.
— L., Behandlung der Lues congenita 420.
— O., spontane Karzinomheilung 350.
— — Karzinomheilung 723.
Strauss, S., Mekapion 519.
Strelow, Meinicke-Mikroreaktion 567.
Strempel, R., Behandlung des Lupus vulgaris 741.
— — u. Armuzzi, G., Rückfallfieberstudien 757.
Strominger, L. u. Gottfried, M., paroxysmale Hämoglobinurie 31.
— — — Schapira, A., Ulcus molle 245.
Stryker, G. N., Ulcus vulvae acutum 631.
Stühmer, A., Trypanosomenerkrankung des Kaninchens 716.
*Stümpke, G., Erythema annulare 458.
— — Karboplantin 254.
Stutzin, J. J., Prostatamassage 783.
Subotzki, B., Blasengangrän 453.
Suchareff, Altsalvarsan konzentriert 805.
— Röntgen bei Hautkrankheiten 690.
Sucharew, W., Ultraviolettbehandlung 553.
Sumston, Ch. G., Syphilis im Altertume 861.
Susman-Galant, J., Dystrophia pigmentosa 720.
Sutejew, Erythrämie Vaquez 381.
— Keratodermie, familiäre 622.
Sutton, J. C., Pellagra 79.
— R. L., Warzen und Salvarsan 348.
Suzuki, T., Pachydermia acrovasoparalytica 511.
Ssuchoff, A., Reaktion Fahraeus 553.
Sweitzer, S. E. u. Ikeda, K., Pockenepidemie in Minneapolis 631.
Sylvester, Ph., H., Syphilis congenitale 124.
Szandicz, Parapsoriasis 275.
Szántó, M., Lues, latente 120.
Szelle, K., Fieber- und antiluetische Therapie kombiniert 155.
— — v., Fieberbehandlung der Lues 569.
*Szentkiralyi, S. v., Wismutbehandlung und Spirochaeta pallida 22.
Szente-Geisler, K., Argyl 427.
Szirmai, Meinicke-Trübungsreaktion 567.

Tachau, P., Kindliche Diathesen 481.
— — Erythema-nodosum-Ätiologie 859.
Takahashi, Sh., Farbstoffausscheidung bei Schweißdrüsen 685.
Takasaki, S., Kinderwachstum auf Palau 513.
Talkowski, Syphilis und Bindehaut 123.
Tamura, S., Harnblasendivertikel 514.

Digitized by Google

Tapelson, Dispensaire 382.
— s. Grshebin.
Tapelzon, Lues in Smolensk 553.
Tarantelli, E., Goneal 309.
Tardif, Lichen planus im Munde 75.
Targlowa, R. u. Lamache, A., Tabes bei Lues congenita 384.
Taylor-Chikago, R. E. s. Tunikliff, R.
Teleky, D., Blasenstörungen 477.
Teligmann, Hodenverlust und Gynäkomastie 454.
Teltscher, Spontangangrän 183.
Templeton, H. I., Herpesvirus und aphthöse Stomatitis 32.
— — — Pigmentstreifen im Nagel 245.
Tempsky, A. v., Therapie des Röntgenulkus 41.
Terskich, Luesprophylaxe 419.
Teschler, L., Liquoruntersuchung 759.
Tezner, O., Stovarsol bei nichtluetischen Säuglingen 422.
Thaller, R., Strahlenschutzröhren 42.
Thedering, Quarzlicht und Hautreizbestrahlung 42.
Theilhaber, A., Reiztheorie und Lichtbehandlung 484.
Theodor, O. s. Adler, S.
Thesleff, C., Salvarsan bei Dermatitis herpetiformis 449.
Thibaut s. Louste.
Thibierge, G. u. Lacassagne, J., Pelzdermatitis 36.
Thienes, C. H. s. Hanzlik, P. J.
Thoma, E., Transargan 160.
Thomson, M. S., Cutis verticis gyrata 687.
— — — Lymphangiom? 686.
— — — s. Colwell, H. A.
Thurzo, E. v., Schellacksolreaktion 758.
— — — Schnellreaktion bei Lues 131.
— — — Venenwandschädigungen 256.
— — — Marchonini, A., Schellackreaktion 388.
Tièche, Neounitarismus 115, 752.
Tiling, K., Arsenvergiftung, Purpura 483.
Timerding, H. E., Problem der ledigen Frau 187.
Timochina s. Finkelstein, F.
Timofécff, Bordet-Gengou-Reaktion 343.
Timofejeff, P., Gonorrhoeheilung 381.
*— — Therapie gonorrhoischer Arthritiden 298.
Tisserand s. Gougerot.
— s. Louste.
Tixier, L. u. Bize, P.-R., Vakzine bei Ulcus varicosum 73.
Todd, A. T., Lymphogranulomatose oder Poradenitis 357.
Toinon, Arterieller Hochdruck und Lues 564.
Tomioka, Y., Malariatherapie 29.
Tomkinson, J. G., Urtikaria 280.
Tommasi, L., Salvarsan, intramuskulär 421.
Toomey-Cleveland, J. A., Masernprophylaxe 114.
— J. A., Braun, S. u. Halperin, J., Scharlachstudien 751.
Török, A., Staphyloyatren bei Hautkrankheiten 807.
Torday, F., Masern und Schutzimpfung 837.
Torssuew, Jodnatriuminjektionen 553.
Torre, A. D., Lepra des männlichen Genitale 70.
Touton, K., Berufs- und Gewerbedermatosen 622.
— Hebras Lehren und die moderne Dermatologie 247.
*— Phanerogamische Pflanzen und die Haut 136.
Tovaru, S. s. Buzoianu, G.
Tow, P. u. Itoh, M., Narbenkarzinom 28.
Trausel, W. s. Blaschko, L.
Trautmann, E., Sitzvorrichtung zur Lumbalpunktion 569.
Travagli, F., Soziales zur Syphilis 309.
*Treuherz, W., Leprabehandlung 394.
*— — Versagen der Röntgenepilation bei Psoriasis 656.
Trioumphoff, A., Hyperidrosis 285.
Truffert, P., Syphilis und Mastoiditis 123.
Trusewitsch, Typhusexanthem 559.
Tschernogubow, N. s. Muskatblüt, E.
Tschumakow, Sklerodermie 805.
Tuchschnid s. Leibfreid.
*Türk, N., Fox-Fordycesche Krankheit 326.
Tunikliff, R. u. Taylor-Chikago, R. E., Masern, Hautproben 114.
Tuxen, C. E. s. Pock-Steen, P. H.
Tyler, A. F., Pyelographie bei der Untersuchung des Harn-Genitalkanals 595.
Tzank, A. s. Gilbert, A.

Uchida, S., Kolmersche Komplementbindungsreaktion 757.
Überschär, Favus 148.
— Karzinommetastasen der Haut 148.
Uhlenbrück, P., Goldsolreaktion 759.
Uhlenhut, P. u. Großmann, H., Experimentelles zur Heilung der Kaninchensyphilis 756.
— — — — — Schwere Kaninchensyphilis 715.
— — — — — Vererbung bei Kaninchensyphilis 566.
Uhlmann, E., Pigmentbildung bei Vitiligo 720.
— — Röntgenfilterung für Oberflächentherapie 741.
Ujanski, G. W. s. Worobjew, W.
Ullmann, Angioneurotisches Ödem 340.
— Furunkelbehandlung 832.
— Heberdensche Knoten 832.
— Naevus melanodes 832.

Digitized by Google

Ullmann, Oidiomykose bei Pemphigus 415.
— Pityriasis lichenoides 340.
— 25, 27, 276, 341, 830, 835.
— Oppenheim u. Rille, Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit 515.
Ullmo s. Pautrier.
Umeda, T., Flimmerbewegung des Epithels 514.
Unterberg, H., Gonorrhoe 426.
Urbach, Desensibilisierung gegen Natrium cacodylicum 177.
— Haarausfall und Ovarium 341.
— Hautkrankheiten und Energiestoffwechsel 624.
— Morbus Recklinghausen 177.
— Tierfellnaevi 177.
— u. Steiner, M., Mechanische Idiosynkrasie 667.
— 836.
Urban, A., Staat und Prostitution in Hamburg 786.
Urbán, Fr., Lichtwirkung und Sorel 808.
Urbain, A. s. Brocq-Roussen.
Ustinowsky, Angiokeratoma Mibelli 379.

Vágó, St., Tripperbehandlung beim Weibe 807.
Vallery-Radaut, P., Blamoutier, P., Claude, F. u. Giroud, P., Eosinophilie des Blutes bei Anaphylaxie 482.
Vaucel, M. s. Jausion, H.
Vaudremer s. Sézary.
Veer, J. N. V. u. Heslin, J. E., Urethrotom 551.
Velde, Th. H. van de, Vollkommene Ehe 309.
Velden, R. v. d. s. Bayer, G.
Venturelli, G., Kryotherapie der Angiome 316.
Vera, B. de, Lepra, Behandlung 118.
Verbrugge, J. s. Scholl, A. J.
Vernet, M., Sensibilisierung 252.
Verrotti, G., Kongenitale Syphilis 71.
— — Lupus vulgaris und Lues congenita 67.
Verriotis, Th. u. Defrise, A., Neubildungen in der Urethra posterior 344.
Versari, A., Orientbeule 524.
Verschuer, Zwillingsforschung 249.
Veyrières, Pasten und Puder 280.
— Schwefelverbindungen 449.
Viard, P., Lues congenita und Radiographie 125.
Vieux s. Laurentier, C.
Vigh, A., Trockenelement 386.
Vignes, H., Unfruchtbarkeit 187.
Villazon, N. M. s. Blanco, L. V.
Vintilia, P. M., Phimosenbehandlung 344.
Vischer, A. L., Varizenbehandlung 694.
Vörner, H., Cutis verticis gyrata 412.
Vohwinkel, K. H., Trophoneurotische Hautgangrän 411.
Voitel, K. H., Eosin bei Impfmalaria 424.
Volk, Dermatofibrome 178.
— Keloide 178.
— R. u. Brünauer, S. R., Reaktionen bei Tuberkulose 119.
Vollmer, E., Kuhpocken bei Säuglingen 410.
Volt, K., Harnsäure im Schweiß 247.
Vonkennel, J., Adnexitis blennorhoica 787.
— S., Wismutbehandlung bei Impfmalaria 599.
Vorschütz, S., Eigenbluttherapie 483.
Vorslund, Psoriasis beim Säugling 451.
Voß, R., Nierenkarbunkel 733.

Waardenburg, P. J., Zur Eineiigkeitsdiagnose der Zwillinge 250.
Wada, H., Giftraupendermatitis 28.
Wade, H. W., Lepra 560.
— — — — Salpetersäurereaktion 117.
— — — s. Solis, F.
Wagner, G. A., Röntgenentzündliche gynäkologische Erkrankungen 282.
Wagner-Jauregg, Impfmalaria 762.
— — Typus der Fieberanfälle bei Impfmalaria 572.
— — J., Fortschritte in der Paralyselehre 862.
Wagner-Katz, E., Lupus erythematodes 27.
Wahl, Tabes mit Hauterscheinungen 589.
— s. Milian.
Wainstein u. Golossowker, Fieber-Infektionstherapie der Lues 445.
Waite, W. W., Aortitis syphilitica, Läsionen bei 862.
Wakimoto, H., Präputialsteine 658.
Walker, K. M., Gonorrhoeprophylaxe 763.
Wallich, R., Gewebskultur in Gestalt der Plasma-Deckungsmethode 696.
— — Wundvernarbung und Gewebskultur 696.
— s. Ravant.
Wallon, E., Zungenkrebs und Radium 589.
Walter, F., Bowensche Krankheit 723.
— Fr., Serologie der Lues 634.
— O. u. Stein, A., Primeldermatitis 689.
Walthard, B., Vakzinevirus 114.
Walzer, A. u. Walzer, M., Urtikariastudien 694.
Watanabe, S., Histologie der Sklerose 512.
— — Lymphangitis dorsalis penis 513.
— — Spirochäten im Primäraffekt 512.
— — Tuberkulide und Syphilide 685.
Waterman, N. u. Kromme, L. de, Indirekte Strahlenwirkung 690.
Watrin, J., Pemphigus vulg. 744.
— — u. Créhange, Pseudo-Xanthoma elasticum 744.
— — s. Spillmann, L.

Digitized by Google

Watrin, R. u. Créhange, Lues congenita und endokrine Störungen 745.
Watzel, P., Zyanosen bei Pankreasnekrosen 693.
Weber, F. P., Pigmentierung und Sarkom „Kaposi" 596.
— — — Recklinghausensche Krankheit 596.
— — — u. Astansen, S., Hypoplasia Pilorum Moniliformis 596.
— — — — — Axhausen, J., Hypoplasia Pilorum Moniliformis 687.
Wehnert, W., Erysipel 314.
Wehrle, O., Desitin bei Ulcus tropicum 78.
Weidmann, F. D. u. Shaffer, L. W., Verkalkung der Haut 244.
Weil, P. E., Purpura 242.
— Ri., Weil, R. u. Gamper, W., Salvarsan und Strontiuran 154, 570.
— Rud. s. Weil, Ri.
Weill s. Spillmann, L.
Wein, M., Syphilis, extragenitale 861.
Wein u. Salutzki, Urticaria verrucosa 445.
Weinbren, M. u. Graham, H. K., Tuberculosis cutis verrucosa 120.
Weir, R. S., Silberinjektionen bei Kopfphlegmonen 719.
Weisbecker, H. s. Schreus, H. Th.
Weiß, E., Unübertragbarkeit der Impfmalaria 572.
Weiss s. Wilkes-Weiss.
— F., Lues congenita 124.
Weiß, R. S., Lane, C. W., Showman, W. A., Pityriasis rosea 839.
Weiss, S., Zoster 522.
Weisz, M., Iritis luetica 808.
*Welcker, C. H., Salbenbereitung 439.
Wellisch, B., Rivanol 160.
Wenetianer, P., Ekzemtod 312.
Werin, J. M., Ulcus molle infundibiliforme 739.
Wernicke, R., Dortzenbasch, J. u. Barrera, J. M. de la, Oligodynamische Wirkung des Silbers 812.
Wertheim, Gefäßtumor 277.
Werther, Bindegewebsnaevus 376.
— Greisenhaut 376.
— 375, 376.
*Westphalen, Zur Abnahme der Geschlechtskrankheiten 441.
Wetterer, J., Kombinierte Geschwulstbehandlung 350.
White, C. J., Akrodynie 286.
*Wichmann, P., Luesdiagnostikum aus Pallidareinkultur 697.
— — Tuberkelbazillen intravenös 562.
Widlocher, F., Nachkommen von Paralytikern 565.
Widmer, F. E. s. Bloch, Br.
Wiechmann, E. u. Paal, H., Zwillinge und Blutgruppen 665.
Wieder, L. M., Juvenile Acanthosis nigricans 525.
Wieland, E., Rachitisbestrahlung und Anämie 517.
Wieler, J. s. Memmesheimer, A. M.
Wigley, J. E. M. s. MacLeod, J. M. H. 686.
Wildmann, Nervensyphilis 635.
Wilenczyk, A., Trichophyton in Polen 858.
Wilkes-Weiss, D. u. Weiss, Ch., Spirochaeta-pallida-Kulturen und ihre Reinigung mit chemischen Methoden und ultravioletten Strahlen 863, 864.
— — — s. Kolmer, J. A.
Williamson, G. s. Ouseley-Smith.
Wilkinson, R. s. Lisle Punch, A.
Wille, H., Elefantiasis 72.
Williams, E. D., Alter Blasenstein 454.
Wilson, R. M., Lepra in Korea 559.
— W. R., Verbrennungen 717.
Winiwarter, H. de, Struktur eines ektopischen Hodens 454.
Winter, F., Kosmetik und Parfümerie 418.
Wintz, H., Urologie und Röntgentiefenbehandlung 594.
Wohl, M., Argyl 426.
Wohlwill, F., Lues der Niere 359.
Wolf, Hyperhidrosis 276.
Wolff, F., Zur Biologie des Gonokokkus 157.
Wollner, W., Sarkombehandlung 86.
Wolpjan, L., Eigenblut bei Gonorrhoe und Dermatosen 668.
Worms, W. s. Manteufel, P.
*Worobjew, W. u. Ujanski, G. W., Erythème annulaire centrifuge 429.
Woronoff, Atrophodermie 806.
Woronow, Komedonennarben 381.
Worowitzky, J. s. Landesmann, A.
Worster, C., Syphilome 120.
Wortberg, M., Lymphangiome, kongenitale 625.
*Wreszynski, E., Impetigo herpetiformis 161.
Wright, C. S, Wismutbehandlung 761.
— — — s. Schamberg, J. F.
Wucherpfennig, V., Röntgen und Netzspannung 284.
Wülffing s. Brumthaler.
Würzburger, M., Organotrope Gonorrhoebehandlung 160.

Zacherl, H. s. Pfeiffer, H.
— — Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen 38.
Zadik, P., Rubeola gravis 751.
Zakse, Epididymitis luetica 379.
Zalewski s. Bernhardt.
Zechlin, Th., Furunkelbehandlung 76.
Zehn, P., Strophantin 783.
Zeisler, E. P., Moniliainfektion der Zunge 784.

Digitized by Google

Zentmayer, W., Prostata und entzündliche Augenerkrankungen 455.
Ziegelmeyer, A., Ilon-Abszeßsalbe 523.
Zieler 25.
— K., Über Tripperheilung 159.
Ziemann, H., Hämatologisches Praktikum 418.
— Yatren-Kasein 34.
Zinner, A., Gonorrhoische Niereninfektion 159.
Zinsser, Heiratserlaubnis bei Syphilis 759.
Zolberg s. Karwacki.
Zollinger, F., Tuberkulose nach Unfällen 562.
Zollschan, J., Tripperheilung 787.
Zondek, B. u. Aschheim, S., Hypophysenvorderlappen 664.
Zübert, S., Syphilis und Albuminurie 122.
Zumbusch, L. v., Erfrierung 74.
— — — Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 790.
*— — — Impetigo herpetiformis 543.
— — — Verbrennung 74.
Zurhelle, E. s. Hoffmann, E.
— Dermatosen der Mundschleimhaut 556.
— Fixierung der Kinderköpfe zur Epilation 740.
— E. u. Krechel, J., Liquorkontrolle und Frühbehandlung 447.
Zurukzoglu, St., Vakzine und Herpes 695.
Zweig, W., Diathermie bei Fissura ani 790.
Zyganowa, NaCl bei Hauttuberkulose 805.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Medical Center Library

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW

Books not returned on time are subject to a fine of 50c per volume after the third day overdue, increasing to $1.00 per volume after the sixth day. Books not in demand may be renewed if application is made before expiration of loan period.

5m-3,'47(A2646s2)4128

Digitized by Google

v.84 Dermatologische wochenschrift
1927 79988

79088

Digitized by Google

Digitized by Google